

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

GRADUANDO: VANESSA CAROLINE ALMEIDA DIAS

ORIENTADOR: PROFª ANDRÉIA LÍGIA VIEIRA CORREIA

Trabalho de Conclusão do Curso

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

João Pessoa

2013

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Vanessa Caroline Almeida Dias¹; Andreia Lígia Vieira Correia²

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.
2. Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

Vanessa Caroline Almeida Dias
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Campus I, Jardim Universitário, S/N, Castelo Branco - João Pessoa/PB
CEP: 58051-900. Telefone: (83) 3216-7616
Email: nessinhacad@gmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar a prevalência e gravidade de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermaria de clínica médica. **Métodos:** Estudo descritivo transversal realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley no ano de 2012 com 115 indivíduos de 18 a 86 anos. A avaliação dos pacientes foi feita a partir de demanda espontânea, em amostragem do tipo não probabilística por conveniência. Foi utilizada a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), avaliação de prontuários e descrição de dados sociodemográficos. Para a análise inferencial dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0. A associação entre as diversas variáveis será feita com o teste do “qui-quadrado” com correlação de Pearson, sendo considerada significância estatística se $p < 0,05$. **Resultados:** Dos paciente estudados, 92 (80%) possuíam algum grau de depressão, deste 47 (51%) eram mulheres, e 45 (49%) eram homens. O tempo médio de internação foi de 18,12 dias. Verificou-se que 95,8% dos pacientes com mais de 30 dias de internação possuem algum nível de depressão, foi demonstrada a existência de uma relação significativa ($p=0,000$) entre o tempo de internação e os sintomas depressivos. Os psicofármacos eram utilizados por 19 pacientes (16,5%). **Conclusões:** A prevalência de depressão é expressivamente mais elevada entre pessoas com maior tempo de internação, configurando-se esse grupo como de especial atenção por parte de profissionais de saúde.

Palavras-chave: Depressão, Prevalência, Psicotrópicos

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos do humor possuem alta prevalência na população em geral e principalmente entre os pacientes hospitalizados. Configuram-se como um problema de saúde pública, pois trazem grandes prejuízos psicossociais e econômicos para sociedade.^{1, 2, 4}

Estudos brasileiros sobre prevalência de depressão em pacientes clínicos indica que esta ocorre em 24,5% a 53,3% dos casos e até 60% dos pacientes apresentam algum transtorno mental.^{1, 2}

Apesar disto, a depressão é frequentemente subdiagnosticada nos serviços de saúde não psiquiátricos. Aproximadamente 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico, contribuindo para um aumento da morbidade relacionada a este transtorno, alterando significativamente o curso e o prognóstico da doença.^{3, 4}

O diagnóstico e acompanhamento dos sintomas depressivos é auxiliado pela utilização de escalas de avaliação, que podem ser de autoavaliação, sendo as mais utilizadas a Escala Analógica Visual do Humor e o Inventário de Depressão de Beck (IDB); e de heteroavaliação, como a Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (HAM-D) ou mistas. A HAM-D é a mais utilizada mundialmente, sendo considerada o padrão-ouro para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos. Com o uso destes recursos associados à anamnese o diagnóstico torna-se simples e acessível, podendo ser realizado por médicos clínicos durante a internação.

O estudo da prevalência e gravidade dos transtornos do humor nos pacientes hospitalizados justifica-se pelo fato de que as complicações relacionadas ao seu subdiagnóstico podem ser potencialmente evitadas através do reconhecimento e tratamento adequados, conferindo um melhor prognóstico aos portadores e menores custos aos serviços de saúde.

O objetivo desse trabalho foi identificar a prevalência e gravidade dos sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias clínicas de um Hospital Universitário, relacionando-as com as variáveis demográficas e socioeconômicas.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo transversal realizado nas clínicas médicas A e B do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa-PB. A amostra foi composta por 150 pacientes internados nas enfermarias das clínicas médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley no período de fevereiro a dezembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: (a) paciente admitido para tratamento clínico no HULW; (b) idade maior ou igual a 18 anos; (d) assinatura do termo de consentimento informado para participação na pesquisa. Foram critérios de exclusão: a) idade abaixo de 18 anos; b) recusa de participação e c) estado geral de saúde que comprometa a realização da entrevista; d) prejuízo cognitivo que impossibilite a resposta aos questionários.

A avaliação destes pacientes foi feita a partir da demanda espontânea, em amostragem do tipo não-probabilística por conveniência. Foram incluídos na amostra todos os pacientes que preencherem os critérios de elegibilidade da pesquisa.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HULW (protocolo CEP/HULW n°505/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética –CAAE N°0290.0.126.153-11). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética do HULW (APÊNDICE A).

Foi utilizada a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), composta por 21 itens (ANEXO A) e foram coletados dados sociodemográficos e quanto ao uso de psicofármacos no prontuário médico. Para definição do grau de depressão foram utilizados os seguintes pontos de corte:

- a) Escores maiores do que 25: depressão grave;
- b) Escores de 18 a 24: depressão moderada;
- c) Escores de 7 a 17: depressão leve;
- d) Escores menores que 7: remissão do quadro ou ausência de depressão.

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, as variáveis categóricas apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as contínuas através de médias e desvio padrão. Para a análise inferencial dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0. A associação entre as diversas variáveis foi feita com o teste do “qui-quadrado” com correlação de Pearson e correção de Yates quando necessário, sendo considerada significância estatística se $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Foram avaliados consecutivamente 150 indivíduos. Ocorreram seis perdas por recusa à participação; e 29 pacientes preencheram os critérios de exclusão, pois apresentavam idade menor que 18 anos, alterações da consciência que impediam a entrevista como: confusão mental, obnubilação e seqüela de acidente vascular encefálico com alterações cognitivas. Doze pacientes (10,4%) apresentavam história mórbida pregressa de transtorno psiquiátrico, incluindo transtornos depressivos, transtornos da personalidade e retardo mental.

Dos pacientes estudados, 56 eram homens (48,7%) e 59 mulheres (51,3%). A idade dos participantes variou de 18 a 86 anos, com média de idade de 48,66 anos (DP±16,89). As especialidades médicas mais comuns foram: propedêutica com 34 pacientes (29,6%), cardiologia com 22 pacientes (19,1%), gastroenterologia com 16 pacientes (13,9%) e pneumologia com 10 pacientes (8,7%).

Dezenove (16,5%) pacientes faziam uso de psicofármacos. Deste, os mais utilizados foram os benzodiazepínicos; com oito (42,1%) pacientes fazendo uso de diazepam e dois (10,52%) clonazepam. Seis pacientes (31,56%) tinham o haldol em suas prescrições; e dois pacientes (10,52%) usavam sertralina. Quanto ao uso de antidepressivos, seis (31,57%) pacientes já faziam uso antes da internação e 13 (68,43%) não faziam uso. Entre as mulheres, as que continham qualquer psicofármaco na prescrição somaram nove (15,3%); enquanto os homens tiveram um total de 10 (17,9%) com antidepressivos nos prontuários.

Da amostra estudada, um total de 23 (20%) pacientes apresentou pontuação menor que 7 na escala de Hamilton, e foram considerados como remissão de um quadro depressivo ou ausência de depressão; 58 (50,4%) pacientes apresentaram escore entre 7 e 17, e foram considerados como portadores de transtorno depressivo leve; 14 (12,2%) pacientes obtiveram escores entre 18 e 24, sendo considerados no grupo de depressão moderada; e (17,4%) pacientes tinham escores maiores do que 25, e foram considerados como portadores de

transtorno depressivo grave. Noventa e dois pacientes (80%) possuíam algum grau de depressão segundo a escala de Hamilton. Dos pacientes com quadro depressivo, 47 (51%) eram mulheres, e 45 (49%) eram homens (Gráfico 1). No presente estudo, observou-se uma prevalência de depressão leve a grave de 80%, sem diferença significativa entre os sexos.

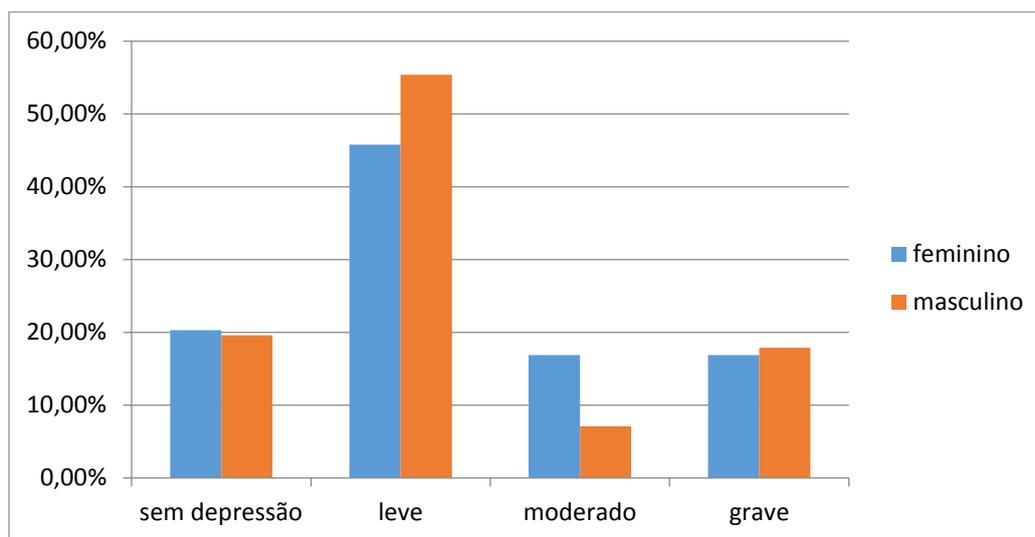


Gráfico 1: Distribuição entre os sexos da prevalência de sintomas depressivos em hospital universitário em 2012 (n=115)

Dos pacientes que tinham algum antidepressivo em suas prescrições 94,74% foram classificados como portadores de depressão leve à grave. Constatou-se que 64,35% dos indivíduos não estavam fazendo uso de medicação antidepressiva e apresentavam escores maiores que sete.

O tempo médio de internação foi de 18,12 dias. Verificou-se que 95,8% dos pacientes com mais de 30 dias de internação possuíam algum nível de depressão, foi demonstrada a existência de uma relação significativa ($p=0,000$) entre o tempo de internação e os sintomas depressivos. Na tabela 1 estão apresentadas as principais características da amostra e sua relação com o nível de depressão apresentados.

Tabela 1: Fatores relacionados ou não a sintomas depressivos em pacientes internados em Hospital Universitário em 2012 (n=115)

Características		Sem depressão n=23 (%)	Depressão leve n=58 (%)	Depressão moderada n=14 (%)	Depressão grave n=20 (%)	Total n=115	p
Sexo	Feminino	12 (52,2%)	27 (46,6%)	10 (71,4%)	10 (50%)	59 (51,3%)	0,421
	Masculino	11 (47,8%)	31 (53,4%)	4(28,6%)	10 (50%)	56 (48,7%)	
Idade (anos)	<30	6 (26,1%)	6 (10,3%)	2 (14,3%)	3 (15%)	17 (14,8%)	0,703
	30-50	10 (43,5%)	24 (41,4%)	5 (35,7%)	9 (45%)	48 (41,7%)	
	51-70	5 (21,7%)	19 (32,8%)	6 (42,9%)	6 (30%)	36 (31,3%)	
	>70	2 (8,7%)	9 (15,5%)	1 (7,1%)	2 (10%)	14 (12,2%)	
Estado civil	Solteiro	9 (39,1%)	8 (13,8%)	5 (35,7%)	4 (20%)	26 (22,6%)	0,108
	Casado	10 (43,5%)	40 (69,0%)	6 (42,9%)	12 (60%)	68 (59,1%)	
	Viúvo	1 (4,3%)	8 (13,8%)	1 (7,1%)	1 (5%)	11 (9,5%)	
	Divorciado	3 (13%)	2 (3,4%)	2 (14,3%)	3 (15%)	10 (8,7%)	
Escolaridade	Analfabeto	3 (13%)	8 (13,8%)	1(7,1%)	5 (25,0%)	17 (14,8%)	0,934
	EFI	10 (43,5%)	24 (41,4%)	7 (50%)	5 (25,0%)	46 (40%)	
	EFC	2 (8,7%)	9 (15,5%)	2 (14,3%)	3 (15,0%)	16 (14%)	
	EMI	4 (17,4%)	5 (8,6%)	1 (7,1%)	3 (15,0%)	13 (11,3%)	
	EMC	3 (13%)	8 (13,8%)	2 (14,3%)	4 (20,0%)	17 (14,8%)	
	ESI	1 (4,3%)	2 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,6%)	
	ESC	0 (0,0%)	2 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	3 (2,6%)	
Uso de psicofármacos	Sim	1 (4,3%)	4 (6,9%)	3 (21,4%)	11 (55,0%)	19 (15,5%)	0,000
	Não	22 (95,7%)	54 (93,1%)	11 (78,6%)	9 (45,0%)	96 (83,5%)	
História de doença psiquiátrica prévia	Sim	1 (4,3%)	4 (6,9%)	0 (0,0%)	7 (35,0%)	12 (10,4%)	0,001
	Não	22 (95,7%)	54 (93,1%)	14 (100%)	13 (65,0%)	103 (89,6%)	
Tempo de internação (dias)	<7	15 (65,2%)	23 (39,7%)	3 (21,4%)	1 (5,0%)	42 (36,5%)	0,000
	7-15	4 (17,4%)	16 (27,6%)	4 (28,6%)	3 (15,0%)	27 (23,5%)	
	16-30	3 (13%)	12 (20,7%)	3 (21,4%)	4 (20,0%)	22 (19,1%)	
	>30	1 (4,3%)	7 (12,1%)	4 (28,6%)	12 (60,0%)	24 (20,9%)	

Legenda: EFI: Ensino fundamental incompleto; EFC: Ensino fundamental completo; EMI: Ensino médio incompleto; EMC: Ensino médio completo; ESI: Ensino superior incompleto; ESC: Ensino superior completo.

4 DISCUSSÃO

Encontramos presença de níveis de depressão e depressão em remissão em 80% dos pacientes, nível superior ao encontrado em estudos brasileiros semelhantes. Um estudo realizado no Hospital Universitário da Bahia em 2002, onde foram avaliados 196 pacientes utilizando a escala de Beck (BDI) chegou à prevalência de depressão de 51,5%.¹¹ Estudo semelhante, realizado em um hospital geral em Santa Catarina em 2011 com 201 pacientes utilizando a Escala para Depressão de Hamilton obteve uma prevalência de 53,3%.⁹ No Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná foram aplicados questionários a 167 pacientes e foi diagnosticada depressão em 37,1% dos entrevistados.¹² Outro estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, uma amostra constituída de 190 pacientes clínicos e cirúrgicos, constatou que 30,5% dos pacientes apresentavam quadro clínico de depressão.¹³

Percebemos que grande parte dos estudos realizados em Hospitais Universitários utilizou o Inventário Beck de Depressão (BDI), o que pode comprometer a avaliação, já que esta é uma escala de autorrelato, sendo influenciado por diversos fatores, como a personalidade, nível de depressão, nível cognitivo e de escolaridade. Optamos por utilizar a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, mais utilizada mundialmente e considerada "padrão ouro" para avaliação da gravidade de depressão, podendo justificar em parte os altos índices encontrados.¹⁴ As categorias de sintomas mais focalizadas na escala são as manifestações somáticas e os aspectos cognitivos¹⁴, que podem refletir alterações ocasionadas por outras doenças que não a depressão, podendo ter contribuído para o elevado índice de depressão nestes pacientes.

A internação hospitalar e o enfrentamento da doença são importantes fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos. Outros fatores podem contribuir para o elevado índice de depressão nos pacientes hospitalizados, dentre eles a presença de doenças

crônicas^{6, 7, 18}, como hipertensão arterial^{8, 18}, câncer^{5, 18} e diabetes mellitus^{16, 18}; redução do suporte social durante o internamento¹⁰, presença de dor crônica^{7,19} baixas condições socioeconômicas; insônia; insuficiência funcional; disfunção cognitiva e algumas classes de fármacos.¹⁹

As consequências deste elevado índice de depressão são prejudiciais ao paciente e também são responsáveis por elevar os custos para o sistema de saúde. Além de interferir no prognóstico, os sintomas depressivos promovem intenso impacto socioeconômico. Os custos do tratamento da depressão são mais elevados do que outras doenças crônicas, como mal de Alzheimer, câncer, osteoporose e hipertensão.^{8, 21}

Estudos indicam que a depressão pode provocar mudanças hormonais e fisiológicas no organismo que se associam ao aumento da chance de desenvolvimento de determinadas doenças crônicas.^{5, 7} Segundo dados da literatura a depressão também está associada a menor aderência à terapia medicamentosa¹⁶, além de compartilhar dos mesmos mecanismos fisiopatológicos da dor e da ansiedade.²⁰ Isto contribui para o agravamento da doença de base, além de prolongar o tempo de internação, e se não for oferecida assistência psiquiátrica adequada leva à piora do quadro depressivo.

O tempo médio de internação encontrado foi de 18,12 dias, e é superior à média nacional, que segundo o DATASUS 2012 é de 5,8 dias. Devemos considerar que o Hospital Universitário Lauro Wanderley é referência para o tratamento e diagnóstico de doenças graves, que muitas vezes resultam em um internamento prolongado. O tempo de internação mostrou relação estatística significativa com o grau depressivo, 60% dos pacientes com depressão grave tinham mais de 30 dias de internação. Pacientes com maior tempo de internação possuem mais patologias clínicas crônicas, que estão em íntima relação com o surgimento de síndromes depressivas, contribuindo para a elevada prevalência de depressão neste serviço. Além disto, o maior tempo longe do convívio familiar, da rede de suporte,

apoio e atividades sociais contribuem para o surgimento dos sintomas depressivos. A maioria dos pacientes relatou estar afastado das suas atividades laborativas devido a internação e à doença, e também não realizar outras atividades no hospital.

Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de depressão entre homens e mulheres. Este ainda é um tema controverso na literatura mundial, alguns estudos epidemiológicos demonstram que o sexo feminino é acometido até duas vezes mais que o masculino por manifestações depressivas.^{15, 7} Porém outros estudos defendem que esta diferença se mantém apenas entre a puberdade e a quinta década de vida¹⁵, dado consistente com os nossos resultados.

Constatou-se que 64,3% dos indivíduos com escores maiores que sete não estavam fazendo uso de psicotrópicos, e entre os que tinham estes medicamentos na prescrição 42,1% era de benzodiazepínicos. Este achado está de acordo com outros estudos que revelaram altas taxas de prescrição de benzodiazepínicos e baixas taxas de prescrição de antidepressivos^{1,17}, mascarando sintomas e retardando o diagnóstico.

Diante destes dados percebemos que a depressão nos hospitais é subdiagnosticada, contribui para esta situação o despreparo do clínico para lidar com os sintomas psiquiátricos¹⁷ e também à dificuldade de distinguir os sintomas vegetativos, tais como fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, presentes tanto na depressão quanto em patologias orgânicas.

Um estudo realizado em Campinas para investigar o preparo dos médicos clínicos no diagnóstico e tratamento da depressão revelou que 42% dos participantes não se sentiam capazes de diferenciar depressão de tristeza e 47% não consideravam a depressão uma condição médica.¹ O preparo dos médicos de hospitais gerais para o reconhecimento dos sinais e sintomas depressivos, e a implementação da interconsulta psiquiátrica nestes serviços é fundamental. Além do tratamento farmacológico desta patologia a psicoterapia também é de

fundamental importância para a condução da depressão, pois permite uma melhor compreensão da doença pelo paciente facilitando a adesão ao tratamento.

Devem-se considerar as limitações na interpretação destes resultados, já que o estudo foi conduzido em um hospital universitário, onde são tratados os casos mais graves, não podendo ser generalizados para outros níveis de cuidados. Outra limitação a ser considerada é o tamanho da amostra, pois a rotatividade do serviço é prejudicada pelo prolongado tempo de internação, não permitindo a abordagem de mais pacientes.

A prevalência de depressão é expressivamente mais elevada entre pessoas com maior tempo de internação, configurando esse grupo como de especial atenção por parte de profissionais de saúde. A depressão, a presença de doenças crônicas e o prolongado tempo de internação criam um sistema de retroalimentação, contribuindo para o aumento da morbimortalidade e redução da qualidade de vida. O subdiagnóstico desta entidade deve ser combatido, dando atenção também ao correto tratamento das mesmas. Além do maior reconhecimento da doença pelo clínico, a implementação do sistema de interconsulta psiquiátrica deve ser feita nos hospitais, objetivando uma abordagem eficaz aos distúrbios psiquiátricos. O tratamento das patologias clínicas também interfere neste processo, já que vai retardar o sistema de retroalimentação entre doenças crônicas e psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

- 1 Botega NJ, Smaira SI. Morbidade psiquiátrica no hospital geral. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.31-42.
- 2 Botega NJ, Furlanetto L, Fráguas Júnior R. Depressão no paciente clínico. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.203-22.
- 3 Morimoto AS, Oliveira AP, Kroda CK. Diagnóstico de depressão em hospital geral, através do manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. 4ª ed. (DSM-IV). *Rev Méd Paraná*. 1998; 56(2/2):23-30.
- 4 Costa LS. Avaliação, impacto e rastreamento de sintomas depressivos em serviços de saúde. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 5 Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saude Pub* 2012;46(4):617-23.
- 6 Diniz RW, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Del Giglio A, Garcia JB. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 298-303
- 7 Castro MMC, Quarantini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC, Kraychetes DC. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiqu Clín*. 2011;38(4):126-9
- 8 Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. *Clinics*. 2005;60(3):241-50.

- 9 Dal Bó MJ, Silva GS, Machado DFGP, Silva RM. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no Sul de Santa Catarina. *RevBrasClin Med.* 2011;9(4):264-8.
- 10 Lima MS, Colognesi L, Domingos NAM, Miyazaki MCOS, Valério NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *ArqCiênc Saúde.* 2005;12(2):63-6.
- 11 Tanajura D, Santos-Jesus R, Tavares-Neto J. Prevalence of depression in diferente groups of inpatient satthe University Hospital of Bahia, Brazil. *RevBras Psiquiatr.* 2002;24(4):182-5.
- 12 Morimoto AS, Oliveira AP, Kroda CK. Diagnóstico de depressão em hospital geral, através do manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. 4^a ed. (DSM-IV). *RevMéd Paraná.* 1998;56(2/2):23-30.
- 13 Nascimento CAM, Noal MHO. Depressão em pacientes internados num hospital-escola. *RevPsiquiatr Rio Gd Sul.* 1992;14(3):162-8.
- 14 Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Rev. Psiq. Clín.* 1998; 25(4):91-6.
- 15 Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33 (2): 74-79.
- 16 Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *JDiabetes Complications.* 2005;19(2):113-22.
- 17 Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, De Mello AAF, De Mello MF. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4):522-8.
- 18 Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* 2005; 32 (3): 149-159.

- 19 Stahl SM. Pain and the treatment of fibromyalgia and functional somatic syndromes. In: Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge: University Press; 2008. p. 773-814.
- 20 Fernandez E. Anxiety, depression, and anger in pain: research findings and clinical options. Dallas, Tex.: Advanced Psychological Resources; 2002.
- 21 BERTO, P. et al. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. Journal of Mental Health Policy and Economics, v.3, n.3, p.10, 2000.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nesta pesquisa faz-se uma descrição dos sintomas depressivos em pacientes hospitalizados e será desenvolvida sob a orientação da Profª Andréia Lígia Vieira Correia.

A finalidade deste trabalho é demonstrar a prevalência dos sintomas depressivos nos pacientes internados no HULW, visto que esse conhecimento possibilitará melhor manejo da doença e permitirá adoção de diretrizes no atendimento proporcionando melhor abordagem psiquiátrica, no sentido de postergar o aparecimento de formas graves da depressão e melhorar o prognóstico destes pacientes.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Solicito sua permissão para que a entrevista seja registrada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Participante

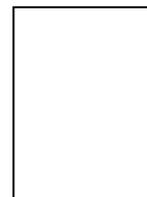
Assinatura da Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:

Departamento de Medicina Interna CCM /HULW/UFPB.

Telefone para contato:3216-7201

Qualquer dúvida, entre em contato com o CEP/HULW: 3216.7302



Espaço para impressão
dactiloscópica

ANEXO A – Escala de Depressão de Hamilton

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.

2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.

2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3. Idéias ou gestos suicidas.

4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.

2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.

2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.

2. Retardo óbvio à entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.

1. Inquietude.

2. Brinca com as mãos, com os cabelos,etc.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.

1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
2. Preocupação com trivialidades.
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdomen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

- 0. Sem perda de peso.
- 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
- 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
- 3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

- 0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
- 1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
- 2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
- 3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

- 0. Reconhece que está deprimido e doente.
- 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
- 2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

- 0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas..

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.

1. Desconfiança.

2. Idéias de referência.

3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.

1. Leves.

2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____ (0-62)