

Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral

Dinorah Fernandes Gioia-Martins

Patrícia Carla da Silva Medeiros

Sandra Áurea Hamzeh

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Resumo: Este trabalho foi desenvolvido em um hospital geral de São Paulo com o objetivo de realizar uma avaliação psicológica por meio da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (Edao) e do inventário Beck de depressão (BDI), verificando a possibilidade de detectar sintomas depressivos aliados às diferentes patologias de base que motivaram a internação do paciente. Vários são os pedidos de interconsulta por parte da equipe de saúde para que o serviço de psicologia e/ou psiquiatria avalie – e realize as intervenções necessárias – os pacientes internados em enfermarias que se apresentam “tristes, apáticos, chorosos”. Essas solicitações demonstram a importância do diagnóstico dos transtornos depressivos. A depressão está intimamente ligada à baixa aderência ao tratamento médico e à mortalidade. Uma intervenção específica auxilia na recuperação mais rápida do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo os gastos com a internação. Foram sujeitos da pesquisa 29 pacientes adultos, de ambos os sexos, internados em enfermaria de um hospital de São Paulo. Neste trabalho, dois pontos de corte foram utilizados: um escore de 18 a 19 que revela uma estimativa de possível depressão, e um escore acima de 15 que indica disforia e acima de 20 que revela depressão. A pesquisa teve caráter quantitativo e qualitativo, numa visão psicanalítica. Os resultados para o BDI indicam que 13,8% da amostra apresentou possível depressão e 86,2% não apontaram alterações. Os resultados da Edao indicam que 40% da amostra apresentou adaptação eficaz, 30% adaptação ineficaz moderada e 10% adaptação ineficaz severa. Concluiu-se que o BDI demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação, portanto eficiente para ajudar a detectar alterações de humor relacionadas à disforia e depressão, bem como a Edao traz para o psicólogo uma avaliação que, em conjunto com o BDI, permite-lhe avaliar o grau de adaptação dos pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: depressão; Edao; BDI; hospital geral; avaliação psicológica.

PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF DEPRESSION IN IN-PATIENTS OF A GENERAL HOSPITAL

Summary: This study was developed at General Hospital, in São Paulo, with the purpose of making a psychological evaluation through Adaptive Operational Diagnostic Scale (Edao in Portuguese) and Beck's Depression Inventory (BDI), verifying the possibility to identify depressive symptoms associated with different pathologies that motivate patient internment. Several inter-appointment requests occur by people from health group to psychological and/or psychiatry service to evaluate and interfere with in-patients that seem “unhappy, apathetic, and weepy”. These requests show the importance of depression disorder diagnostics. Depression is intimately linked with low adherence to medical treatment and to mortality. A specific intervention support the faster recovery of patient, improving his/her quality of life and decreasing internment expenses. In this research two cut points were made. One of them is suggested where the score from 18 to 19 would bring out an estimation of depression possibility. Second one, suggested that classify a score above 15 as disphoria and above 20 points as depression. The research was carried out with 29 adults in-patients, both genders. The research was qualitative, according to a psychoanalytical approach. The results according to the BDI were: Possible depression (13.8%) and No Alterations (86.2%). According to the Edao: 40% of the sample showed Efficient Adaptation; 30% showed Moderate Inefficient Adaptation; and 10% showed Severe Inefficient Adaptation. The conclusion is that the BDI showed to be an efficient instrument in helping to detect mood alterations related to disphoria and depression, and that Edao gives to the psychologist an evaluation which together with the BDI enables the understanding of the evolution of depression as well as the degree of patients' adaptation in a hospital environment.

Keywords: depression; Edao; BDI; general hospital; psychological assessment.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN ENFERMERÍA DE HOSPITAL GENERAL

Resumen: Este trabajo fué desarrollado en un Hospital General en São Paulo con el objetivo de realizar una evaluación psicológica por medio de la escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (Edao) y del inventario Beck de depresión (BDI), verificando la posibilidad de detectar síntomas depresivos aliados a las diferentes patologías de base que motivaron la internación del paciente. Son diversos los pedidos de interconsulta por parte del equipo de salud para que el servicio de psicología y/o psiquiatría evalúen o intervengan en los pacientes internados en enfermerías que se presentan “tristes, apáticos, llorosos”. Estas solicitudes demuestran la importancia del diagnóstico de los trastornos depresivos. La depresión está íntimamente ligada a la baja adherencia al tratamiento médico y a la mortalidad. Una intervención específica auxilia en la recuperación más rápida del paciente, aumentando su calidad de vida y disminuyendo los gastos con la internación. Fueron sujetos de la investigación 29 pacientes adultos de los dos sexos, internados en enfermerías de un hospital de São Paulo. En este trabajo fueron utilizados dos puntos de corte, un score de 18 a 19 revelaría una estimativa de posible depresión y el segundo, que clasifican un score encima de 15 como disforia y encima de 20 puntos como depresión. La investigación tuvo carácter cuantitativo y cualitativo, en una visión psicoanalítica. Los resultados para el BDI indican que 13,8% de la muestra presentó posible depresión y 86,2% se presentó sin alteraciones. Los resultados de la Edao indican que 40% de la muestra presentó adaptación eficaz, 30% adaptación ineficaz moderada y 10% adaptación ineficaz severa. Se concluye que el BDI demostró ser un instrumento de fácil aplicación y por lo tanto eficiente para ayudar a detectar alteraciones de humor relacionadas a la disforia y a la depresión, bien como la Edao trae para el psicólogo una evaluación que en conjunto con el BDI le permite evaluar el grado de adaptación de los pacientes hospitalizados.

Palabras clave: depresión; Edao; BDI; hospital general; evaluación psicológica.

Introdução

Vários são os pedidos de interconsulta por parte da equipe de saúde para que o serviço de psicologia e/ou psiquiatria avalie – e realize as intervenções necessárias – os pacientes internados em enfermarias que se apresentam “tristes, apáticos, chorosos”. Essas solicitações demonstram a importância do diagnóstico dos transtornos depressivos. Furlanetto (2002) refere que a depressão está íntimamente ligada à baixa aderência ao tratamento médico e à mortalidade. Uma intervenção específica auxilia na recuperação mais rápida do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo os gastos com a internação.

Deitos, Nascimento e Noal (1992) referem-se a vários estudos que demonstram a ocorrência de distúrbio psiquiátrico, principalmente a depressão associada a condições médicas, já que a depressão tem tido incidência elevada em pacientes internados em hospitais gerais. Deitos, Nascimento e Noal (1992, p. 327) definem a depressão como:

[...] Uma falha, ao menos parcial, dos mecanismos de defesa mais elaborados. Traduz-se por uma regressão do ego, que abandona todos ou parte dos investimentos anteriores, para voltar-se sobre o seu mundo interno. Como sintoma, a depressão caracteriza-se por um tom afetivo de tristeza acompanhado de sentimentos de desamparo e redução de auto-estima [...].

Young, Beck e Weinberg (1999) afirmam que a doença física seguida de internação traz à tona muitas fantasias e revela para os pacientes a iminência da morte, real ou não, ou a ameaça à sua integridade física. Pacientes deprimidos demonstram uma visão negativa de si próprios, de seu ambiente e de seu futuro; consideram-se sem valor, muitas ve-

zes inadequados e indesejáveis. O ambiente apresenta-se sombrio e os obstáculos são percebidos como insuperáveis; esses pacientes não se percebem competentes para superar o momento pelo qual estão passando e sentem que seus esforços são insuficientes para mudar o rumo dos acontecimentos. A internação retira-os de sua rotina de trabalho, do convívio do seu lar, de sua liberdade de ir e vir, obrigando-os a uma rígida rotina hospitalar. Toda essa situação acarreta algumas reações psicológicas como alterações afetivas que podem desencadear depressão. Segundo teorias recentes, a depressão é vista como resultante da interação entre fatores biopsicossociais. Morris (APUD DEITOS, NASCIMENTO E NOAL, 1992, p. 329) lista sete fatores potenciais para ocorrência de depressão associada à doença física: 1. história familiar de desordem psiquiátrica; 2. um passado de história de depressão; 3. personalidade pré-mórbida; 4. o impacto dos eventos da vida, incluindo a doença; 5. o grau de incapacitação gerado pela doença; 6. a presença de patologia cerebral e anormalidades neuroendócrinas; e 7. a qualidade do apoio social durante o tempo da doença.

Barreto (1993, p. 13) relata que, "além de um distúrbio orgânico, ela pode ser a expressão de uma inadaptação social ou um apelo ao socorro".

Para Simon (2000, p. 170), "depressão é o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas", sugerindo aos psicólogos hospitalares para que seja realizada uma observação mais detalhada às soluções pouco adequadas do paciente, pois estas seriam indutoras de depressão que podem levar a várias manifestações clínicas ou a depressão ser causa destas.

Aaron Beck (1972) iniciou uma série de pesquisas e observações clínicas com pacientes deprimidos em oposição à formulação psicanalítica do conceito de depressão. Sua formulação está direcionada para o conteúdo do pensamento negativo, ou seja, a autopunição, exacerbação dos problemas externos e desamparo como sintomas importantes. Seus achados demonstraram que os aspectos cognitivos eram mais centrais nas depressões e mais objetivos e visíveis do que os processos dinâmicos e motivacionais postulados pela abordagem psicanalítica (BECK, 1972). De acordo com Beck et al. (1997), são os pensamentos distorcidos, negativos e irreais a base dos sintomas da depressão. Percebe-se que o enfoque cognitivo não se preocupa com as causas e motivações de uma determinada patologia, enfatizando a má adaptação na estrutura cognitiva do indivíduo.

Dalgallarrondo (2000, p. 106) define disforia como "uma distímia que se acompanha de uma tonalidade afetiva desagradável, mal humorada". Por distímia entende-se a alteração básica de humor, que pode ser exaltada (mania) ou inibida (depressão).

Observa-se que a depressão no hospital deve ser avaliada em um contexto amplo, levando em consideração as relações pessoais, a dinâmica, a forma como se apresenta e a própria patologia, para realizarmos uma intervenção que contemple o universo biopsicossocial, no qual o indivíduo está inserido. Saber diferenciar os sintomas depressivos dos sintomas das patologias que ocasionaram a internação do paciente é de grande valor para que possamos contribuir com a equipe de saúde, discriminando bem a sintomatologia depressiva e medindo aspectos específicos de depressão.

O objetivo deste trabalho foi o de realizar uma avaliação psicológica por meio da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (Edao) e do inventário Beck de depressão

(BDI), verificando a possibilidade de identificar quadros de depressão aliados às diferentes patologias de base que motivaram a internação do paciente.

Método

Foi realizado um estudo transversal em amostra de pacientes internados em especialidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital geral da cidade de São Paulo. A amostragem foi feita de forma aleatória simples, por sorteio do número do leito de internação em unidades de clínica médica e cirúrgica de adultos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes com mais de 24 horas de internação; ter idade acima de 18 anos; ser paciente de uma equipe de especialidade de clínica médica ou cirúrgica; ter condições cognitivas para participar de uma entrevista e preencher os instrumentos de coleta de dados; ser capaz de dar consentimento informado para participação no estudo. Os critérios de exclusão foram: estar internado em UTI, apresentar déficit cognitivo ou alteração de consciência.

Participaram 29 pacientes adultos, de ambos os sexos.

Após o consentimento da Comissão de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie e do hospital em questão, aplicaram-se a Edao de Ryad Simon para a entrevista e o inventário Beck de depressão para a coleta de dados. Esta pesquisa foi de caráter quantitativo e qualitativo num referencial psicodinâmico.

Explicou-se aos pacientes a natureza da pesquisa e foi pedido que assinassem o consentimento livre e esclarecido. Somente após o consentimento, realizou-se a entrevista Edao e em seguida aplicou-se o BDI.

A maioria dos pacientes não necessitou de ajuda para responder às perguntas do BDI. Para aqueles que se encontravam impossibilitados de escrever pelo uso de escalpes com soro ou impossibilitados de ler pela falta dos óculos, o inventário foi lido em voz alta e preenchido pelo avaliador de acordo com as respostas dadas pelos pacientes.

Os resultados foram avaliados e discutidos pelas autoras do presente artigo.

Instrumentos

Utilizou-se o Beck depression inventory (BDI), traduzido e validado para a língua portuguesa. Trata-se de uma escala com 21 itens, com escore total máximo de 63 pontos, avaliáveis em diferentes pontos de corte. Esse instrumento foi escolhido para esta pesquisa por ser provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (DUNN; SHAM; HAND, 1993; MACHADO et al., 2003).

A Edao foi escolhida por fornecer dados da vida do paciente de maneira semiestruturada, norteadando o trabalho de entrevista e indicando em que o indivíduo apresenta dificuldade de adaptação.

Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (Edao)

Simon (1983) propõe uma forma de diagnóstico, por meio de entrevista clínica, fundamentada na história natural da doença, e avalia as evoluções da adaptação nos perío-

dos pré-patogênicos e patogênicos, considerando a eficácia adaptativa nos setores afetivo-relacional, sociocultural, de produtividade e orgânico.

Simon (1997, p. 86) descreve assim os quatro setores:

AR (afetivo relacional), compreendendo o conjunto das respostas emocionais do sujeito nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; Pr (produtividade), referente à totalidade das respostas diante do trabalho ou estudos; SC (sócio cultural), contendo as atitudes e ações do sujeito diante das instituições, valores e costumes da cultura em que vive e Or (orgânico), indicando o estado físico e o conjunto das respostas quanto aos sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo.

A avaliação da Edao neste trabalho foi realizada segundo os parâmetros redefinidos por Simon (1997), em que a qualificação e quantificação da escala são utilizadas apenas nos setores AR e Pr. Essa nova classificação quantitativa divide-se em cinco subgrupos, podendo-se acrescentar “em crise” para que haja uma diferenciação entre os grupos 4 e 5:

- Grupo 1: adaptação eficaz.
- Grupo 2: adaptação ineficaz leve.
- Grupo 3: adaptação ineficaz moderada.
- Grupo 4; adaptação ineficaz severa.
- Grupo 5: adaptação ineficaz grave.

No setor AR, a *resposta adequada* recebe 3 pontos; *pouco adequada*, 2 pontos; e *pouquíssimo adequada*, 1 ponto. No Pr, *adequada* recebe 2 pontos; *pouco adequada*, 1 ponto; e *pouquíssimo adequada*, 0,5 ponto. Em seguida, somam-se os pontos obtidos nesses dois setores. É considerada *adaptação eficaz* quando a soma das respostas resulta em 5 pontos; *adaptação ineficaz leve* quando resulta em 4 pontos; *ineficaz moderada* quando resulta entre 3 e 3,5 pontos; *ineficaz severa* quando resulta entre 2 e 2,5 pontos; e *ineficaz grave* quando resulta em 1,5 ponto (SIMON, 1997).

Segundo Simon (1997, p. 92), à *adaptação eficaz* (Grupo 1) corresponderia a “personalidade normal, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos”; à adaptação *ineficaz leve* (Grupo 2), “os sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições”; à adaptação *ineficaz moderada* (Grupo 3), “alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos”; à adaptação *ineficaz severa* (Grupo 4), “sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos”; à adaptação *ineficaz grave* (Grupo 5), “neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica”.

Os setores SC e Or passaram a ser avaliados qualitativamente no diagnóstico individual. Em Simon (2000), o autor ainda classifica uma avaliação de depressão de acordo com a teoria de M. Klein, fazendo um paralelo com as classificações redefinidas anteriormente:

1. Depressão reativa – mais frequentemente nos grupos 1, 2 e 3.
2. Depressão crônica:
 - a) Depressão neurótica: grupo 2 (raramente) e 3 (geralmente).

b) Depressão psicótica: mais frequentemente nos grupos 4 e 5.

- Maníaco-depressivo.
- Esquizo-afetivo.

Resultados

Participaram deste estudo 29 pacientes, de ambos os sexos, internados em enfermarias de um hospital da cidade de São Paulo. Os dados demográficos foram os seguintes: 76% eram do sexo feminino (N = 22) e 24% do sexo masculino (N = 7). A maioria dos participantes da amostra se encontrava nas faixas etárias de 51 a 60 anos com 31% (N = 9) e de 61 a 70 anos com 27,5% (N = 8).

Com relação ao estado civil, 69% eram casados (N = 20), 7% solteiros, 7% separados ou divorciados e 17% viúvos. Quanto ao tipo de ocupação, os pacientes se distribuíram da seguinte forma: 34,5% eram do lar (N = 10), 20,7% profissionais liberais/autônomos/empresários, 27,58% assalariados e 17,24% aposentados. Quanto ao tempo de internação, 48,5% dos pacientes encontravam-se internados no período correspondente de 1 a 3 dias (N = 14), 20% da amostra se encontrava internada no período correspondente a 4 a 5 dias, 10,5% no período de 7 a 9 dias, 17% no período de 10 a 12 dias e 3,5% no período correspondente a acima de 12 dias. Quanto ao motivo da internação, 62% dos pacientes encontravam-se internados por motivo de tratamento (N = 18), 31% no período pós-operatório e 7% estavam em observação.

Tabela 1. Características sociodemográficas de 29 pacientes internados nas enfermarias de um hospital de São Paulo

		N	Fr	Fr %
SEXO	Fem.	22	0,76	76
	Masc.	7	0,24	24
	TOTAL	29	1	100%
IDADE	De 18 a 30 anos	2	0,07	7
	De 31 a 40 anos	6	0,205	20,5
	De 41 a 50 anos	3	0,105	10,5
	De 51 a 60 anos	9	0,31	31
	De 61 a 70 anos	8	0,275	27,5
	De 71 a 80 anos	1	0,035	3,5
	TOTAL	29	1	100%

(continua)

Tabela 1. Características sociodemográficas de 29 pacientes internados nas enfermarias de um hospital de São Paulo (continuação)

		N	Fr	Fr %
ESTADO CIVIL	Solteiro	2	0,07	7
	Casado	20	0,69	69
	Separado ou divorciado	2	0,07	7
	Viúvo	5	0,17	17
	TOTAL	29	1	100%
OCUPAÇÃO	Do lar	10	0,344	34,48
	Liberais/autônomos/empresariais	6	0,207	20,7
	Assalariado	8	0,275	27,58
	Aposentado	5	0,172	17,24
	TOTAL	29	+ -1,0	100
TEMPO DE INTERNAÇÃO	De 1 a 3 dias	14	0,485	48,5
	De 4 a 5 dias	6	0,205	20,5
	De 7 a 9 dias	3	0,105	10,5
	De 10 a 12 dias	5	0,17	17
	Acima de 12 dias	1	0,035	3,5
	TOTAL	29	1,0	100
MOTIVO DA INTERNAÇÃO	Tratamento	18	0,62	62
	Pós-operatório (PO)	9	0,31	31
	Observação	2	0,07	7
	TOTAL	29	1,0	100

N = n° da amostra; Fr = frequência relativa; Fr% = porcentagem da frequência relativa.

Tabela 2. Resultados obtidos na avaliação do BDI

	Avaliação	Mulheres	%	Homens	%
Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987)	Disforia	3	10,5	1	3,5
	Depressão	3	10,5	0	0
	Sem alterações	16	55	6	20,5
Segundo manual Beck	Possível depressão	4	14	0	0
	Sem alterações	18	62	7	24

Valores % aproximados.

Os gráficos 1 e 2 representam a Tabela 2, segundo a frequência encontrada entre mulheres e homens com alteração de humor e os resultados negativos, dentro da população observada. Na avaliação, segundo o corte estabelecido por Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987), as mulheres disfóricas e com depressão representam 21% da amostra coletada. Não se constataram homens com depressão nessa amostra, no entanto houve a presença de 1 com disforia, o que corresponde a 3,5% da amostra. A faixa etária para disforia teve prevalência entre 61 e 70 anos com 10,5% (N = 3), seguida da faixa de 31 a 40 anos com 3,5% (N = 1). A depressão apareceu na faixa etária de 51 a 60 anos com 10,5% (N = 3), incluindo homens e mulheres. Na avaliação, segundo o corte proposto por Beck (1972), 14% da amostra apresentou possível depressão, incluindo apenas mulheres. Esse resultado ficou assim distribuído: 10,5% nas faixas etárias de 51 a 60 anos (N = 3) e 3,5% na faixa etária de 31 a 40 anos (N = 1). O grupo diagnosticado mostrou-se heterogêneo quanto às variáveis demonstradas na Tabela 1, e a única variável comum aos dois grupos diagnosticados com depressão relaciona-se com o tempo de internação no período de 1 a 3 dias.

As patologias associadas foram:

- Disforia: pós-operatório cardíaco, anemia e suspeita de pneumonia.
- Depressão segundo o corte estabelecido por Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987): pós-operatório ortopédico, labirintite e enfisema pulmonar.
- Depressão segundo o corte proposto pelo *Manual da versão em português das escalas Beck* (CUNHA, 2001): pós-operatório ortopédico, labirintite, enfisema pulmonar e suspeita de pneumonia.

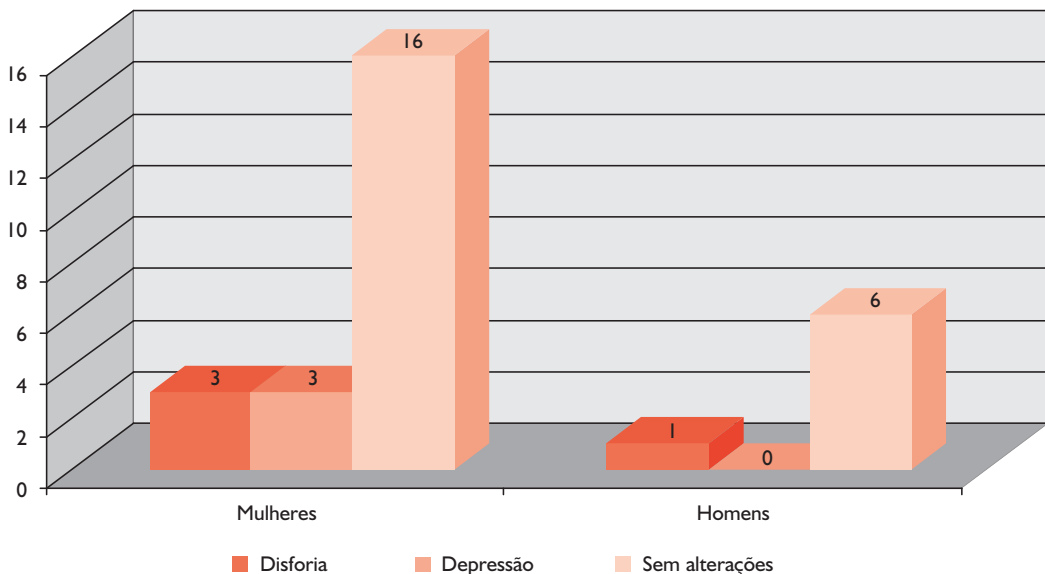


Gráfico 1. Resultado do BDI I – corte segundo Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987)

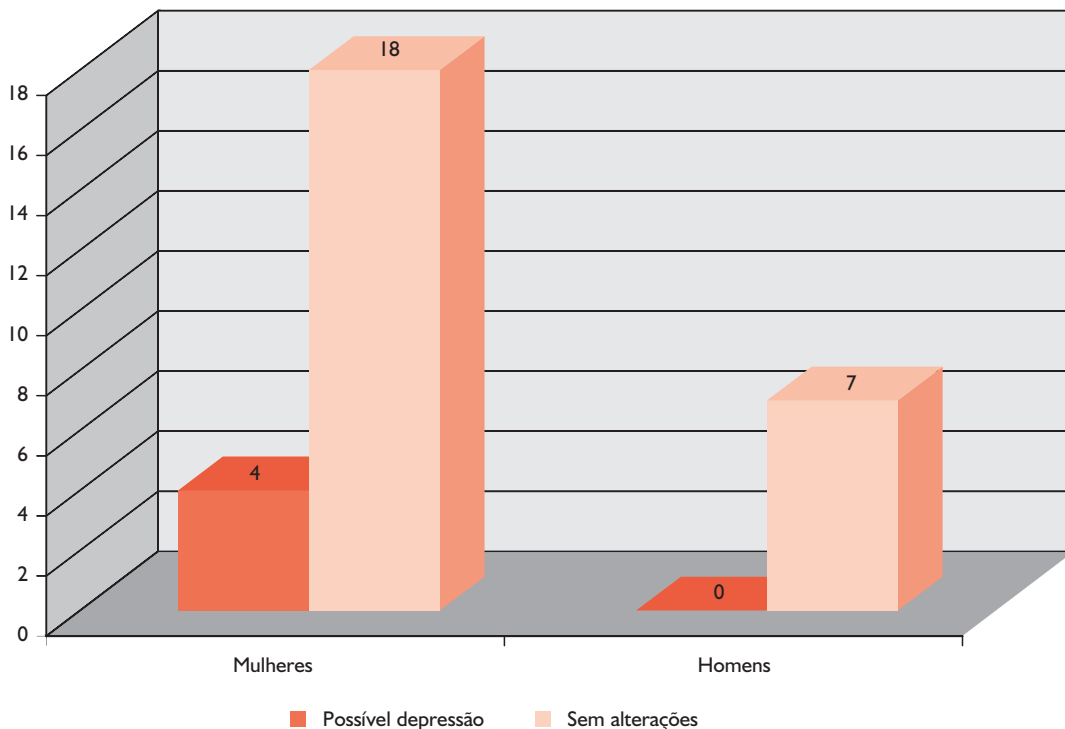


Gráfico 2. Resultado do BDI – corte segundo o Manual da versão em português das escalas Beck (CUNHA, 2001)

Os resultados da Edao indicam que 41,5% da amostra total apresenta adaptação eficaz (N = 12), 31% adaptação ineficaz leve (N = 9), 17% adaptação ineficaz moderada (N = 5) e 10,5% adaptação ineficaz severa (N = 3).

Tabela 3. Resultados do grupo diagnosticado com disforia e depressão

	Disforia segundo Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987)	Depressão segundo Steer (apud GOREINSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987)	Depressão segundo Manual da versão em português das escalas Beck (CUNHA, 2001)
Adaptação eficaz (Grupo I)	1	0	1
Adaptação ineficaz leve	2	1	1
Adaptação ineficaz moderada	1	1	1
Adaptação ineficaz severa	0	1	1

Discussão

O BDI, apesar de ter sido criado como instrumento de medida da intensidade da depressão, é atualmente utilizado também como instrumento de avaliação da depressão em indivíduos que não apresentam um diagnóstico psiquiátrico prévio à sua aplicação, como nos estudos realizados por Baptista e Campos (2000), Valim (2001), Furlanetto (1996), Ricco et al. (2000), Pinton et al. (2006), Terroni et al. (2003) e Marcolino et al. (2007). Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (GOTLIB, 1984; OLIVER; SIMMONS, 1984; TANAKA-MATSUMI; KAMEOKA, 1986; LOUKS; HAYNE; SMITH, 1989). Beck, Steer e Garbin (1988) sugerem que a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e também dos objetivos do estudo. Neste trabalho dois pontos de corte foram utilizados: um escore de 18 a 19 (CUNHA, 2001) que revela uma estimativa de possível depressão e um escore acima de 15 que indica disforia e acima de 20 que revela depressão (STEER apud GORENSTEIN; ANDRADE, 2001; KENDALL et al., 1987).

Meleiro (1993) aponta que diversos estudos realizados relatam uma prevalência de 10% a 70% de depressão em hospital geral. Marcolino et al. (2007) referem de 20% a 50%, Botega et al. (1995) apontam um índice que varia de 20% a 60%, e Machado et al. (2003) mencionam valores de 25% a 44%. Em nosso estudo, pudemos perceber porcentagem de 10,5% e 14% de depressão e 10,5% de disforia. Segundo Steer (apud GORENSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987), essa porcentagem ficou em 10,5%, excluindo os disfóricos. Segundo o corte estabelecido pelo *Manual da versão em português das escalas Beck* (CUNHA, 2001), o diagnóstico de possível depressão foi de 14%. A prevalência de síndromes depressivas foi alta na população feminina pesquisada, principalmente na faixa etária de 51 a 60 anos. Provavelmente esses resultados estão relacionados a mudanças hormonais, climatério e/ou menopausa. Os aspectos sociais relacionados, como a saída dos filhos de casa, o que provoca repercussões psicológicas como a “síndrome do ninho vazio”, também podem ter contribuído para a acentuação de sintomas e para o diagnóstico de depressão. O argumento mais comumente levantado refere-se ao fato de que a presença de sintomas depressivos é mais facilmente admitida por mulheres do que por homens, sobretudo por razões culturais. Com os dados obtidos na Edao e no BDI, observou-se que os pacientes que apresentaram disforia, pela classificação de Simon, podem estar passando por uma alteração reativa perante a doença de base. No entanto, devemos lembrar que esses pacientes apresentavam também condições médicas que podem causar depressão.

O paciente 1, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e manifestação de alterações de humor no pós-operatório cardíaco, relatou ter passado por um momento de revisão de vida ao deparar com a possibilidade da morte. Esses dados corroboram os achados de D’Elia (1993), que relata causas orgânicas na depressão, e de Simon (2000).

A paciente 2, que estava em observação, sofrera um “derrame” (segundo relato à pesquisadora) havia 2 meses e apresentava quadro adaptativo ineficaz moderado. No momento da entrevista, essa paciente aguardava uma definição diagnóstica médica para a sua condição, o que demonstra grande preocupação com o seu estado de saúde e a distímia, principalmente a depressão, sintomas previstos em pacientes que sofreram um

AVC. No entanto, Simon (2000), em sua Teoria de Adaptação, refere-se a respostas pouco adequadas, podendo levar a um quadro de depressão crônica. Nesses casos, é importante que o psicólogo colete informações a respeito da história de vida do paciente, realizando intervenções que resultem em menor tempo de recuperação da doença de base.

A paciente 3, com suspeita de pneumonia, apresentou quadro de adaptação eficaz, sugerindo, dessa forma, ser essa alteração de humor reativa à situação de internação e de dependência ao ambiente e à equipe de saúde.

A paciente 4 apresentava anemia, no momento não especificada. Também poderíamos encontrar quadro de depressão que estaria relacionada com a doença de base e o tempo de internação. O resultado apresentado pela paciente 4 na Edao, como quadro de adaptação ineficaz leve, demonstra tratar-se de um quadro de depressão reativa,

A paciente 5, com enfisema pulmonar, já apresentava um diagnóstico prévio de depressão, revelando, segundo Simon (2000), uma depressão crônica provavelmente neurótica.

A paciente 6, em pós-operatório ortopédico, apresentou depressão reativa e reação de ajustamento relacionado à sua condição.

A paciente 7, internada por uma crise de labirintite, obteve o escore mais elevado no BDI. Apresentou um quadro adaptativo ineficaz severo, denotando uma depressão crônica do tipo psicótica, segundo a classificação de Simon (2000).

Segundo *Manual da versão em português das escalas Beck* (CUNHA, 2001), na classificação de possível depressão encontram-se os pacientes 5, 6 e 7, incluindo a paciente 3 que apresentava um quadro de disforia.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos, podemos afirmar que o BDI mostrou-se um instrumento que pode ser utilizado para auxiliar a detectar alterações de humor relacionadas à disforia e depressão. O corte realizado por Steer (apud GORENSTEIN; ANDRADE, 2001) e Kendall et al. (1987) mostrou um poder discriminatório superior para detectar também alterações disfóricas, indicando possível necessidade de oferecer uma atenção especial ao paciente como medida preventiva. A Edao permitiu uma avaliação qualitativa importante que, em conjunto com o BDI, tem condições de avaliar o funcionamento da depressão em determinados pacientes.

Como consideração final, acreditamos que um diagnóstico psicológico adequado permite também um trabalho preventivo e interventivo junto aos pacientes e seus familiares. A depressão está intimamente ligada à baixa aderência ao tratamento médico e à mortalidade. Uma intervenção específica auxilia na recuperação mais rápida do paciente, aumentando sua qualidade de vida e diminuindo os gastos com a internação.

Referências

BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, L. F. L. Avaliação longitudinal de sintomas de depressão e estresse em estudantes de psicologia. *Boletim de Psicologia*, v. 50, n. 113, p. 37-58, jul./dez. 2000.

- BARRETO, A. Depressão e cultura no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, p. 135-165, 1993. Suplemento.
- BECK, A. T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation clinical. **Psychology Review**, v. 8, p. 77-100, 1988.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.
- _____. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de médica (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, out. 1995.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DALGALARRONDO, P. A afetividade e suas alterações. In: _____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DEITOS, T. F. H.; NASCIMENTO, C. A. M.; NOAL, M. H. O. Depressão no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 41, n. 7, p. 327-331, ago. 1992.
- D'ELIA, G. Diagnóstico diferencial de depressão no hospital geral. In: FRÁGUAS JR., R. et al. **Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica das depressões**. São Paulo: Astúrias, 1993. p. 42-45.
- DUNN, G.; SHAM, P.; HAND, D. Statistics and the nature of depression. **Psychological Medicine**, v. 23, p. 871-889, 1993.
- FURLANETTO, L. M. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 6, p. 363-370, 1996.
- FURLANETTO, L.M.; FIGUEIREDO, J. H. C.; FORNARI, L. M.; BRASIL, M. A. Hipertensão e sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias gerais. **Revista de Psiquiatria Consiliar e de ligação**. Porto-Portugal, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2002.
- GOREINSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 286-287, 2001.
- GOTLIB, I. H. Depression and general psychopathology in university students. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 93, p. 19-30, 1984.
- KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. I.; INGRAM, R. E. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v. 11, p. 89-299, 1987.

- LOUKS, J.; HAYNE, C.; SMITH, J. Replicated factor structure of the Beck depression inventory. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 177, p. 473-479, 1989.
- MACHADO, S. C. E. P. et al. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1989 e 2002. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 209-214, ago. 2003.
- MARCOLINO, J. A. M.; MATHIAS, L. A. S. T.; PICCININI FILHO, L.; GUARATINI, A. A.; SUZUKI, F. M.; ALLI, L. A. C. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, p. 52-62, 2007.
- MELEIRO, A M. A. S. Abordagem da depressão no hospital geral. In: FRÁGUAS JR., R. et al. **Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica das depressões**. São Paulo: Astúrias, 1993. p. 73-80.
- OLIVER, J. M.; SIMMONS, M. E. Depression as measured by the DSM-III and Beck depression inventory in as unselected adult population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 52, p. 892-898, 1984.
- PINTON, F. A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Revista Brasileira Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, jan./mar. 2006.
- RICCO, R. C. et al. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: *diabetes mellitus* e hepatites virais. **HB Cient.**, v. 7, n. 3, p. 156-160, set./dez. 2000.
- SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos**. São Paulo, Vetor, 1983.
- _____. Proposta de redefinição da Edao. **Boletim de Psicologia**, v. XLVII, n. 107, p. 85-94, jul./dez. 1997.
- _____. Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e a psicoterapia psicanalítica. **Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, v. 8, n. 13, p. 165-190, jan./jun. 2000.
- TANAKA-MATSUMI, J.; KAMEOKA, V. A. Reliabilities and Concurrent Validities of Popular Self-Report Measures of Depression, Anxiety, and Social Desirability. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v. 54, p. 328-333, 1986.
- TERRONI, L. de M. N.; LEITE, C. C.; TINONE, G. et al. Poststroke depression: risk factors and antidepressant treatment. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.
- TERRONI, L. de M. N. et al. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.
- VALIM, V. **Estudo dos efeitos do condicionamento aeróbio e do alongamento na fibromialgia**. 2001. 117 p. Tese (Doutorado)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

YOUNG, J. E.; BECK, A. T.; WEINBERG, A. Depressão. In: BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Contato

Dinorah Fernandes Gioia-Martins
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Rua da Consolação, 896
Consolação – São Paulo – SP
CEP 01302-907
e-mail: dinorahgioia@uol.com.br

Tramitação

Recebido em novembro de 2008
Aceito em março de 2009