

Sintomas Depressivos em Pacientes do Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley

Depressive Symptoms among patients admitted to the Outpatient Neurology Service at Lauro Wanderley University Hospital

FERNANDA KELLY VASCONCELOS DI PACE¹

RAYANE DA SILVA SOUZA²

ALLEFY BELTRÃO ALBANO²

ALEX TIBURTINO MEIRA³

ISABELLAARAÚJO MOTA⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar prevalência e intensidade de sintomas depressivos em pacientes admitidos no ambulatório de neurologia do HULW-UFPB por diversas outras queixas, analisando o perfil sociodemográfico e epidemiológico dessa população. **Material e Métodos:** Inquérito realizado de março de 2013 a agosto de 2015, com aplicação do Inventário de Depressão de Beck-II em 235 pacientes entre 17 e 59 anos de idade. A pesquisa realizada foi do tipo transversal, qualitativa e quantitativa. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística inferencial univariada e bivariada. **Resultados:** O sexo feminino foi o mais frequente, 70% dos entrevistados; com média de 40,1 anos; casadas e com segundo grau completo. 48% exercem alguma atividade laboral, com jornada de dois turnos de trabalho (22,1%). Foram observados sinais de depressão mínima ou ausente em 51,9%; sintomas leves, em 23,4%; moderados em 15,7% e severos em 8,9% dos pacientes avaliados. **Conclusão:** Os sintomas depressivos foram cerca de 5 a 9 vezes mais prevalentes que os referidos na literatura, com uma porcentagem de sinais depressivos severos alarmantes. Esses achados configuram um importante problema de saúde pública, alertando quanto à investigação de queixas depressivas subestimadas por essa população.

DESCRITORES

Depressão. Neurologia. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and severity of depressive symptoms among patients admitted to the HULW-UFPB outpatient neurology service due to varied complaints. The sociodemographic and epidemiological profile of this population was further evaluated. **Material and Methods:** This was a cross-sectional, qualitative and quantitative study carried out from March 2013 to August 2015, with the application of the Beck-II Depression Inventory in 235 patients randomly selected between 17 and 59 years of age. The data were analyzed using univariate and bivariate inferential statistics. **Results:** There was a prevalence of women (70% of respondents), with an average of 40.1 years, married, and with a high school education; 48% had some work activity, with a work journey of two shifts (22.1%). Signs of minimal or absent depression were observed in 51.9% of the cases; while mild, moderate and severe symptoms were found in 23.4%, 15.7%, and 8.9% of the patients evaluated. **Conclusion:** Depressive symptoms reported in this study were found to be about 5 to 9 times more prevalent than those reported in the literature, with an alarming percentage of severe depressive symptoms. These findings indicate the presence of an important public health problem and should further guide the investigation of the underestimated depressive complaints in this population.

DESCRIPTORS

Depression. Neurology. Epidemiology.

1 Médica residente em Endocrinologia e Metabologia na Universidade Federal de Campina Grande- UFCG. Campina Grande. Paraíba. Brasil.

2 Estudante de medicina da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa. Paraíba. Brasil.

3 Médico residente em Neurologia na Universidade Estadual de São Paulo – UNESP. Botucatu. São Paulo. Brasil.

4 Neurologista do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa. Paraíba. Brasil.

A depressão é um dos distúrbios de humor mais comum da atualidade (4% da população geral). Na população clínica, a sua prevalência é ainda mais elevada, em torno de 5% a 10% em ambulatório e de 9% a 16% em pacientes internados¹. Apesar da alta prevalência e das altas taxas de morbidade e mortalidade associadas à mesma, ainda é subdiagnosticada e inadequadamente tratada, sendo apenas 35% dos pacientes adequadamente acompanhados².

Doenças neurológicas são historicamente associadas a transtornos psiquiátricos. No entanto, comorbidades neurológicas apresentam um substrato topográfico associado a alterações clínicas. Isso pode ser observado nas demências de Pick, Doença de Alzheimer, doença de Parkinson, de Huntington, esclerose múltipla, neurosífilis, encefalites, entre outras. Essa correlação também associa fibromialgia e epilepsia, estresse e convulsões ou surtos de esclerose múltipla³⁻⁷. Pacientes com dor crônica, em geral, têm comorbidade psiquiátrica; desses, 30% a 54% fecham os critérios para a depressão⁸.

O diagnóstico de depressão é baseado em sintomas e informações subjetivas que, por vezes, são difíceis de quantificar, uma vez que depende da capacidade de entendimento e expressão do paciente^{9,10}. Spitzer e Endicott fizeram menção às primeiras escalas de avaliação de depressão, as quais foram criadas no final do século passado¹¹. Foram desenvolvidas nas ciências do comportamento e usadas em outras áreas do conhecimento, como na Psicologia e Educação. Em 1920, haviam escalas para avaliação de pacientes psiquiátricos internados. O início das terapias somáticas, na década de 30, e psicofarmacoterapia, nos anos 50, estimulou a necessidade de avaliar a eficácia de novos tratamentos¹².

Na década de 60, A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*) foi criada por Aaron Beck e consiste em um questionário de autorrelato (com 21 itens de múltipla escolha) que visa avaliar a depressão do ponto de vista de três variáveis: depressão subjetiva, autoacusação e queixas somáticas. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. Existem três versões da escala: a BDI original, publicada em 1961; a BDI-1A, revisada em 1978; e a BDI-II, publicada em 1996¹⁰. O Inventário BDI-II, resultado da revisão realizada e validada por

Gorenstein em 1996, é largamente utilizado em pesquisas mundiais com delineamento transversal, descritivo e quantitativo^{13,14}.

Dessa forma, o estudo objetivou estudar a prevalência e intensidade de sintomas depressivos em pacientes admitidos no ambulatório de neurologia, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por diversas outras queixas, analisando o perfil sociodemográfico e epidemiológico dessa população.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no HULW-UFPB, em João Pessoa, durante o período de março de 2013 a agosto de 2015. O estudo é do tipo transversal, qualitativo e quantitativo. A abordagem foi do tipo inquérito, a partir da aplicação de questionários (Inventário de Depressão de Beck - II, validado por Gorenstein em 1996) nos ambulatórios de neurologia do HULW.

A amostra foi obtida a partir do universo de pacientes atendidos nos ambulatórios de neurologia do HULW. A abordagem utilizada pelos pesquisadores para selecionar a amostra atendeu aos critérios de inclusão: pacientes entre 17 e 59 anos, que não apresentaram comorbidades psiquiátricas já diagnosticadas ou em tratamento, não gestantes, não acamados, e que aceitaram responder aos questionários. Foram excluídos do estudo, pacientes com idade inferior a 17 anos e superior a 59 anos; que não aceitaram responder ao questionário; com comorbidades psiquiátricas já diagnosticadas e em tratamento; acamados e gestantes. Durante o período do estudo foi selecionada uma amostra foi com 235 pacientes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com protocolo de número 184.564 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com numeração 09263512300005183.

O software Excel - 2010 foi utilizado na construção de um banco de dados para as questões contidas no instrumento de coleta. Posteriormente, as informações foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 13.0. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal, intervalar e das razões. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes e posteriormente verificou-se a consistência dos dados.

A seguir, para o levantamento do perfil demográfico dos pacientes em relação às variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade, atividade laboral, comorbidades associadas e diagnóstico neurológico, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

Na sequência, de acordo com os objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial univariada e bivariada com uso do pacote estatístico SPSS - versão 13.0, tendo sido aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância: Teste de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov), Teste de Levene, Teste t, Teste Binomial, Teste de associação de Qui-Quadrado (χ^2).

RESULTADOS

Houve predominância de atendimento do sexo feminino entre os pacientes. A partir de aplicação do Teste Binomial, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos dos pesquisados, resultando significância p-valor = 0,000 (Figura 1).

A faixa etária dos pacientes variou de 17 a 59 anos, com idade média de 40,1 anos \pm 11,8 anos e idade mediana de 42 anos. Predominou a faixa etária de 38 a 45 anos, perfazendo 21,9% (51/233) do total de pacientes; seguido da faixa etária de 52

a 59 anos, representando 20,6% (48/233) que, juntamente, perfazem 42,5% (99/233). Há uma maioria do sexo feminino na faixa etária de 38 a 45 anos, totalizando 22,8% (37/162), sendo a idade média de 40,2 anos. Por outro lado, prevalece o sexo masculino na faixa etária de 52 a 59 anos, totalizando 22,5% (16/71), sendo a idade média neste gênero, de 39,7 anos. O teste paramétrico T foi aplicado para comparação das idades entre os dois grupos (feminino e masculino), em virtude de satisfeitas as duas premissas: normalidade dos dados e igualdade de variâncias, e não apresentou diferença estatística significativa, resultando estatística t = 0,336 (com graus de liberdade, gl = 231) e significância p-valor = 0,737. De acordo com o estado civil, encontramos uma maior prevalência de pacientes casados, representando 50,2% (118 pacientes) da amostra. Em relação à escolaridade, houve um predomínio de pacientes com segundo grau completo, perfazendo 28,1% da amostra (66 entrevistados). No que se refere à atividade laboral dos pesquisados, 48% afirmaram desenvolver alguma atividade, seja através de vínculo formal ou informal. Em contrapartida, 52% não realizam qualquer trabalho. Em relação ao turno de trabalho, houve predomínio daqueles que o exercem em dois turnos (22,1%).

Conforme a Tabela 1, a intensidade de sintomas depressivos avaliada pelo BDI-II forneceu a seguinte distribuição em ordem decrescente de ocorrência: depressão mínima ou ausente: 51,9% (122 pacientes); depressão leve: 23,4% (55

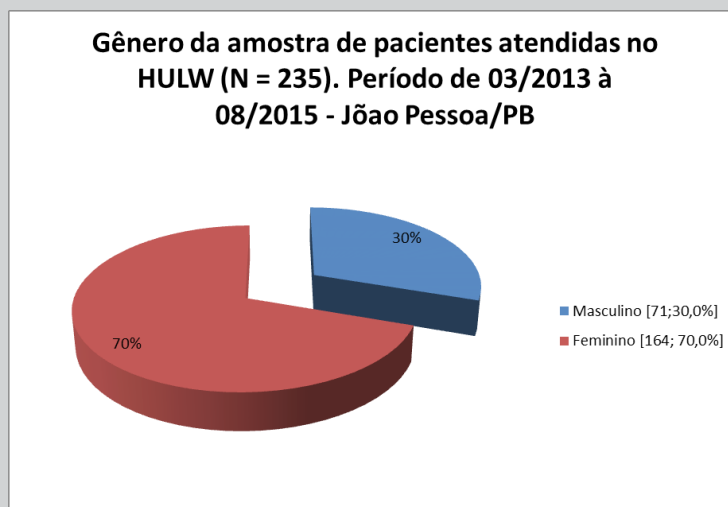


Figura 1. Sexo dos pacientes do ambulatório de neurologia do HULW

pacientes); depressão moderada: 15,7% (37 pacientes); depressão severa: 8,9% (21 pacientes). No cruzamento da variável sexo com o BDI – II (Gráfico 9), a média de intensidade de depressão prevalente no sexo feminino foi 15,1 pontos (depressão leve), contrapondo-se ao gênero masculino que apresentou média de 11,9 pontos (depressão mínima). O resultado do teste paramétrico t para comparação das médias do Inventário de Depressão de Beck-II entre os grupos feminino e masculino demonstrou associação significativa, resultando: estatística $t = 2,367$ (com graus de liberdade, $gl = 233$) e significância p-valor = 0,019.

O teste de associação de Qui-Quadrado aplicado para comparação das intensidades de depressão segundo a variável sexo apresentou resultado não significativo (^(a) p-valor = 0,130). Entretanto, há uma associação linear (decrecente) significativa em relação à intensidade da depressão em ambos os sexos, sendo a significância ^(b) p-valor = 0,014, conforme observado na Tabela 1.

O teste de associação de Qui-Quadrado, apresentado na tabela 2, para comparação da intensidade de depressão dos pacientes atendidos no ambulatório do HULW, segundo cada uma das variáveis do diagnóstico neurológico, não apresentou resultado estatisticamente significativo em nenhum dos testes considerados, sendo a significância p-valor > 0,05.

O diagnóstico neurológico mais evidente no serviço de neurologia do HULW foi a cefaléia (33%, 64 pacientes), seguida de epilepsia (17,5%, 34 pacientes) e dores na coluna (12,4%, 24 pacientes) num universo de 194 diagnósticos neurológicos. Não houve resultado estatisticamente significativo entre os vários diagnósticos neurológicos e a preva-

lência de sintomas depressivos na amostra avaliada.

Os cruzamentos do BDI-II (avaliada pelo Qui-Quadrado e Anova), com as variáveis idade, escolaridade, estado civil, turno de trabalho e comorbidades, não apresentaram associação estatisticamente significativa. Os testes Qui-Quadrados correlacionando o sexo a estas mesmas variáveis citadas, acrescida da variável atividade laboral, não apresentaram também associação significativa.

Em síntese, podemos traçar o perfil prevalente no universo da amostra atendido em nosso ambulatório: paciente do sexo feminino, entre a terceira e a quinta décadas de vida (entre 38 e 45 anos, com média de 40,2 anos), estado civil casado, com segundo grau completo, sem atividade laboral formal, apresentando sintomas depressivos leves (pontuação média da intensidade de depressão no BDI-II = 15,1 pontos).

DISCUSSÃO

A maior prevalência de gênero feminino na clínica neurológica foi consistente com os dados do governo federal referentes a maior participação feminina nas consultas aos profissionais de saúde. As variáveis idade, estado civil, escolaridade, ocupação e turno de trabalho não mostraram associação estatisticamente significativa com o sexo. Isso pode estar relacionado a uma amostra homogênea de pacientes sem a presença de qualquer característica sociodemográfica diversa entre os sexos.

Houve associação estatisticamente significativa entre os escores BDI-II médios dos grupos feminino e masculino. Esta correlação mostrou que a intensidade prevalente de depressão

Tabela 1. Distribuição da intensidade de depressão dos pacientes segundo o sexo. Coleta realizada entre março de 2013 a agosto de 2015, João Pessoa, Paraíba.

Intensidade de Depressão	Sexo dos pacientes						Teste de
	Total		Feminino		Masculino		χ^2
	N	%	N	%	N	%	Sig. p
D. Mínima (0-13)	122	51,9	78	47,6	44	62,0	
D. Leve (14-19)	55	23,4	42	25,6	13	18,3	^(a) p=0,130
D. Moderada (20-28)	37	15,7	26	15,9	11	15,5	^(b) p=0,014
D. Severa (29-63)	21	8,9	18	11,0	3	4,2	
Total	235	100	164	100	71	100	

Tabela 2. Distribuição da Intensidade de depressão dos pacientes segundo os diagnósticos neurológicos. Coleta realizada entre março de 2013 a agosto de 2015, João Pessoa, Paraíba.

Diagnóstico Neurológico	Total		Intensidade da Depressão								Teste de χ^2 Sig . P
			D. Min		D. Leve		D. Moder		D. Severa		
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	
Cefaléia	64	33,0	33	32,4	11	27,0	13	40,6	7	36,8	p=0,389
Epilepsias	34	17,5	17	16,7	9	22,0	5	15,6	3	15,8	p=0,975
Afecções da coluna	24	12,4	11	10,8	9	22,0	3	9,4	1	5,3	p=0,345
AVC	17	8,8	7	6,9	3	7,3	4	12,5	3	15,8	p=0,403
Parkissonismo	5	2,6	2	2,0	-	-	2	6,3	1	5,3	p=0,268
Doenças do Labirinto	4	2,1	3	2,9	-	-	-	-	1	5,3	p=0,364
Paralisias	2	,01	1	1,0	1	2,4	-	-	-	-	p=0,775
Outros diagnósticos	48	24,7	29	28,4	9	22,0	7	21,9	3	15,8	p=0,586
Total	194	100	102	100	41	100	32	100	19	100	-

em mulheres é leve (média de 15,1 pontos), em contraste com o sexo masculino que apresenta depressão mínima ou ausência de depressão (média de 11,9 pontos). É interessante notar que, na categoria de depressão severa, há também uma prevalência de mulheres¹⁵.

A falta de correlação entre distúrbios neurológicos e sintomas depressivos pode estar relacionada à pequena amostra de cada doença, bem como à homogeneidade do impacto global de distúrbios neurológicos em transtornos de humor, conforme descrito na literatura^{3-6,16}.

Quanto à intensidade dos sintomas depressivos da amostra analisada, observou-se que mais de metade dos pacientes (51,9%) apresentam sintomas depressivos mínimos (sendo quase assintomáticos), enquanto 48% dos pacientes apresentam sintomas depressivos de leve a grave. A relação linear entre as taxas percentuais dos níveis de sintomas depressivos, conforme descrito na Tabela 1, aumenta a confiabilidade deste trabalho, permitindo correlacioná-lo com estudos prévios em outros serviços. Os sintomas depressivos não devidamente tratados podem progredir de acordo com o BDI-II de uma categoria menor (depressão leve) para uma categoria mais elevada (depressão moderada), atingindo um estado de incapacitação (depressão grave).

A clínica de neurologia da HULW apresentou taxa maior (48%) de pacientes com sintomas depressivos (leves a graves) em relação

aos estudos citados (5-10% dos pacientes ambulatoriais)^{17,18}. Este fato pode estar relacionado à estreita associação entre comorbidades neurológicas e psiquiátricas e à desvalorização dos sintomas psiquiátricos por pacientes e / ou profissionais de saúde. A falha na percepção das queixas psiquiátricas ocorre desde o nível de atenção primária, quando o paciente não é satisfatoriamente diagnosticado e, portanto, as referências adequadas não são cumpridas, até os níveis secundário e terciário, quando o médico se limita meramente a tratar as doenças diretamente relacionadas com a sua especialidade.

Entre os pacientes com depressão grave, é possível notar que 27,8% da amostra realiza apenas atividades domésticas, 16,7% são aposentados (em grande parte por deficiência) e 5,6% desempregados, totalizando 50,1% dos pacientes com sintomas depressivos graves. Assim, em concordância com a literatura¹⁹, há correlação entre depressão severa e ausência de atividade extra-doméstica.

No entanto, vale ressaltar, que, devido ao fato de o BDI-II ser pontuado subjetivamente, em que o paciente mede seus sintomas através de respostas de múltipla escolha, pode haver viés de informação que deve ser melhor avaliado pelo psiquiatra. As queixas depressivas, quando subestimadas, estão associadas à menor adesão ao tratamento neurológico, maior número de sintomas clínicos, pior qualidade de vida do paciente,

maior impacto social e laboral, aparecimento de distúrbios do sono e dor crônica²⁰.

CONCLUSÃO

Os sintomas depressivos foram cerca de 5 a 9 vezes mais prevalentes que os referidos na literatura, com uma porcentagem de sinais

depressivos severos alarmantes. Esses achados configuram um importante problema de saúde pública, alertando quanto à investigação de queixas depressivas subestimadas por essa população, a fim de melhorar o impacto negativo das comorbidades psiquiátricas no tratamento das enfermidades neurológicas e na qualidade de vida em geral.

REFERÊNCIAS

1. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21(1):06-11.
2. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2005; 32(3):149-159.
3. Oliveira NA, Silveira HS, Carvalho A, Hellmuth CGS, Santos TM, Martins JV, *et al.* Assessment of cardiorespiratory fitness using submaximal protocol in older adults with mood disorder and Parkinson's disease. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2013; 40(3):88-92.
4. Broomfield NM, Quinn TJ, Abdul-Rahim AH, Walters MR, Evans JJ. Depression and Anxiety Symptoms Post-stroke/TIA: Prevalence and Associations in Cross-Sectional Data from a Regional Stroke Registry. *BMC Neurology* 2014; 14:198-206.
5. Andrade APTG. Prevalence of depression in multiple sclerosis. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2011; 69(2):415.
6. Rist PM, Schürks M, Buring JE, Kurth T. Migraine, Headache and the Risk of Depression: Prospective Cohort Study. *Cephalalgia* 2013; 33(12):1017-1025.
7. Milanlioglu A, Özdemir PG, Cilingir V, Gulec TÇ, Aydin MN, Tombul T. Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2014; 72(7):490-495.
8. Stefanello S, Marín-Léon L, Fernandes PT, Li LM, Botega N J. Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2011; 69(2):342-348.
9. Quagliato, EMAB. Frontiers between Neurology and Psychiatry. *British Medical Journal* 2002. Available at: <http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/fronteiras.htm>. Accessed on June 1, 2015.
10. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006; 55(1):08-19.
11. Paula E, Nunes MFO, Carvalo LF. Psychological evaluation of depression: survey of expressive tests and self-report in Brazil. *Aval. Psicol.* 2014; 13 (3): 419-426.
12. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Arch. Clin. Psychiatry* 1998; 25(5): 240-4.
13. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 1996; 29(4):453-57.
14. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2013; 35(4):416-31.
15. Correia K, Mariano L, Borloti, E. Woman and Depression: A Behavioral-Contextual Analysis. *Acta Behavioralia* 2011; 19(3):359-73.
16. Rist PM, Schürks M, Buring JE, Kurth T. Migraine, Headache and the Risk of Depression: Prospective Cohort Study. *Cephalalgia* 2013; 33(12):1017-25.
17. Katon, WJ. Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biol. Psychiatry* 2003;54(3):216-26.
18. Katon, WJ. Epidemiology and Treatment of Depression in Patients with Chronic Medical Illness. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2011; 13(1):07-23.
19. Sarda Junior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev. Dor* 2012; 13(2):111-18.
20. Ibanez Grazielle, Mercedes Bruna Paiva do Carmo, Vedana Kelly Graziani Giacchero, Miasso Adriana Inocenti. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(4):556-62.

CORRESPONDÊNCIA

Nome completo: Isabella Araujo Mota
 Endereço: BR 230, KM 10. Condomínio Villas do Atlântico, casa. 3B. Intermares.
 CEP: 58102-202.
 Cabedelo – Paraíba - Brasil.
 E-mail: isabella_mota@yahoo.com.br
