



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JULIANA GONÇALVES OLIVEIRA

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PACIENTES
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Aracaju-SE

Outubro de 2017

JULIANA GONÇALVES OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PACIENTES
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Colegiado do curso de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para conclusão da
graduação em Medicina.

Orientador: Profº Drº. Enaldo Vieira de Melo

Aracaju-SE

Outubro de 2017

É concedida à Universidade Federal de Sergipe permissão para reproduzir cópias desta monografia e emprestar ou vender tais cópias desta monografia para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

OLIVEIRA, Juliana Gonçalves.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PACIENTES INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Aracaju, 2017.

47 páginas

Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão.

**1. Educação Médica. I. Universidade Federal de Sergipe. CCBS/DME.
II. Prevalência de sintomas depressivos entre pacientes internados num hospital universitário**

JULIANA GONÇALVES OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PACIENTES
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao colegiado de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para conclusão da
graduação em Medicina, pela Universidade
Federal de Sergipe.

Aprovada em ____/____/____

Autor: _____
JULIANA GONÇALVES OLIVEIRA

Orientador: _____
PROFº. DRº. ENALDO VIEIRA DE MELO

Examinador: _____

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

A minha família, Josefa Gonçalves de Oliveira Martins, Lucas Martins Gomes Gonçalves e Pedro Inácio Martins Gomes Gonçalves, pela paciência, pelo amor e pelo apoio que sempre me deram.

Ao Dr. Enaldo Vieira de Melo e a Dr.^a Edméa Oliva-Costa, professores e orientadores, agradeço pelos ensinamentos, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário.

Agradeço a todos os participantes do GEPS, professora Karla Maria Mansilla e Salvyana Carla Sarmiento, pela ajuda e companheirismo durante a execução deste trabalho, em especial à Erick Oliveira Cunha e Mariana Aguiar Machado com quem trabalhei muito próximo durante a realização do PIBIC.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo para ampliar o conhecimento científico.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	6
LISTA DE TABELAS.....	7
1 REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
3 NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO.....	17
4 ARTIGO ORIGINAL.....	23
Resumo	23
Abstract	24
Introdução	24
Metodologia.....	25
Resultados	27
Conclusão	29
ANEXOS	37
ANEXO 2	38
ANEXO 3	39
ANEXO 4	41
ANEXO 5	43
ANEXO 6	44
ANEXO 7	45
ANEXO 8	46
ANEXO 9	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UFS – Universidade Federal de Sergipe

OMS – Organização Mundial da Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

QE – Questionário Específico

IDB – Inventário de Depressão de Beck

SD – Sintomas Depressivos

HU – Hospital Universitário

IP – Interconsulta Psiquiátrica

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Prevalência de sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016. (n=87).....33

TABELA 2 Variáveis sociodemográficas e fatores associados aos sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.....33

TABELA 3 Resultados da regressão logística para variáveis relacionadas e sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.....35

1 REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) define depressão como um transtorno comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração.

[...] 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 seu mundo interno. Como sintoma, a depressão caracteriza-se por um tom afetivo de tristeza, acompanhado de sentimentos de desamparo e redução de autoestima [...] (DEITOS et al, 1992).

O transtorno depressivo por sua vez, já lidera como a principal morbidade incapacitante em termos do total de anos produtivos perdidos (WHO, 2012). O índice, na população geral, gira em torno de 5% e a literatura vem mostrando taxas, ainda maiores, em pacientes hospitalizados, variando de 15% a 50% (DAL BÓ et al, 2011; UNSAL et al, 2011; ZHONG et al, 2010; FRAGUAS, et al, 2002). “Segundo a Organização Pan-americana da Saúde, cerca de 25 milhões de pessoas, na América Latina, sofrem de depressão, sendo que apenas 15% delas são identificadas e recebem tratamento” (MACHADO et al, 2003).

Intitulado como *The Global Crisis of Depression*, a conferência realizada em novembro de 2014 pela *The Economist* contou com a presença de líderes econômicos para discutir os desafios da depressão. Segundo o ex-secretário geral das Nações Unidas, Kofi Annan, em 2010 a depressão direta ou indiretamente custou ao mundo cerca de US\$ 800 bilhões e espera-se que esse valor dobre nos próximos 20 anos.

Os Sintomas Depressivos (SD) estabelesem-se então, como um problema de saúde pública e econômica, geram queda da produtividade, afastamento do mercado de trabalho de uma população economicamente ativa, mais os gastos para recuperá-la, tornando-se, assim, o mal do século e um perigo à economia mundial (LIMA et al, 2005; MACHADO et al, 2003).

Diversos estudos, avaliando pacientes de hospitais gerais, buscaram uma relação entre as causas de internamento e os SD. Dentre as causas físicas, as doenças de caráter crônico parecem estar mais associadas à depressão, a exemplo da demência, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, dor crônica, deformidades físicas, entre outras (FERRARI et al, 2007; YAN et al, 2013).

Quando se avaliam as questões sociodemográficas, os SD ocorrem com maior frequência em pacientes do sexo feminino, vida conjugal instável, baixo nível educacional, baixa renda, instabilidade profissional, histórico familiar de doença mental e em idosos (VÉLEZ et al, 2008; DENNIS et al, 2012; CEPOIU et al, 2007). Segundo Ferrari, a população idosa irá crescer em cerca de 300% nos próximos 50 anos e pode alcançar cerca de 2 bilhões em 2050. Os caracteres depressivos de cunho emocional, como humor triste ou deprimido, não são essenciais para o reconhecimento do quadro depressivo na terceira idade, principalmente nos pacientes internados com outras doenças orgânicas. Muitos irão manifestar sensação de culpa, desamparo, perda de interesse, humor irritadiço, apatia e mudanças de hábitos das atividades cotidianas. A avaliação cuidadosa das funções cognitivas, das AVDs (Atividades da Vida Diária) e AIVDs (Atividades Instrumentais da Vida Diária) são de extrema importância para o diagnóstico da depressão, como para afastar um possível quadro de demência – principalmente na parcela idosa da população – (FERRARI et al, 2007).

Medeiros (et al, 2009) fala sobre como a inadequação social e uma capacidade adaptativa ineficaz, juntamente com outros fatores, podem contribuir para o desencadeamento da depressão. A internação hospitalar em si, já desestabiliza o paciente tirando-o da sua rotina. São leitos com alta rotatividade da equipe médica, da enfermagem e demais profissionais da saúde, luzes acesas e os pacientes são constantemente invadidos, principalmente nos leitos de UTI. Isso acarreta estresse físico e emocional podendo precipitar um quadro depressivo, que em termos de prevalência, é o transtorno mental mais frequente entre os pacientes internados com outras doenças orgânicas (LIMA et al, 2005).

Contrapondo-se a alta prevalência de SD em pacientes internados, encontramos na literatura que cerca de 50% desses casos são subdiagnosticados e/ou subtratados, gerando assim um paradoxo (FURLANETTO et al, 2005; LOBO et al, 2005). “A alta prevalência e baixa detecção ocorrem entre pacientes de serviços não-psiquiátricos, tanto ambulatoriais como hospitalares” (MACHADO et al, 2003).

Apesar dos altos índices detectados de sintomas depressivos ou ansiosos na maioria dos estudos, outros estudos mostraram que os índices de interconsulta psiquiátrica podem ser menores que 1% e isso acentua a discrepância entre a epidemiologia e o serviço ofertado [] (MHAOLAIN et al, 2008, tradução livre nossa).

Alguns erros de julgamento são cometidos ao se acreditar que os SD fazem parte do processo de adoecimento e, portanto, não necessitam de tratamento. Ou que os tratamentos convencionais são ineficientes ou prejudiciais para a condição clínica e cirúrgica (TANAJURA et al 2002). Isso não implica apenas na dificuldade e/ou inexperiência do clínico em dar diagnósticos frente as doenças de cunho psíquico, pois, muitos pacientes manifestam sintomas somáticos, como insônia, constipação, perda de peso, astenia ou déficit cognitivo, dificultando, *a priori*, que o clínico perceba a instalação de um quadro depressivo associado (MEDEIROS et al, 2009; DAL BÓ et al, 2011).

A depressão habitualmente não é reconhecida, diagnosticada e tratada em serviços gerais de saúde, isto é, fora do contexto de serviços de saúde mental. Tal fato ocorre, principalmente, porque as queixas do paciente deprimido são frequentemente somáticas, como dores diversas e mal-estar indefinido. Consequentemente, um número significativo de pacientes deprimidos internados em hospital geral deixa de receber adequada abordagem terapêutica, fato que pode alterar de forma significativa o curso da doença e aumentar o risco de morte (LIMA et al, 2005).

Os SD representam uma das maiores demandas aos serviços de Interconsulta Psiquiátrica (IP), para os hospitais que dispõem de tal equipe. A IP estabelece um vínculo entre a Psiquiatria e a Medicina Geral, tem em seus pilares os fundamentos humanísticos, holísticos e da Psiquiatria Baseada em Evidências (LOBO et al, 2005). Desse modo, a também chamada Psiquiatria Psicossomática ou Psiquiatria de Ligação, visa complementar o cuidado e integrar o olhar sobre o paciente como um todo (RENTSCH et al, 2007; MHAOLAIN et al, 2008; IMAM et al, 2007), enriquecendo a discussão e a tomada de decisão sobre seu estado de saúde pelo médico assistente (WOOD et al, 2014; DOHERTY et al, 2014).

O psiquiatra interconsultor, além de instituir uma terapêutica quando necessário, também faz a conexão entre as doenças clínicas e as diversas medicações que os pacientes

usam concomitantemente para o tratamento de sua doença de base, que podem mimetizar, serem agravadas ou agravarem os transtornos mentais, assim como as possíveis interações medicamentosas (BOTEGA, 1992 e GASPAR et al, 2011).

A relação entre as doenças somáticas e a depressão podem ser geralmente classificadas em três tipos: (1) depressão como uma reação psicológica à doença somática de base, (2) depressão causada pela doença de base ou pelo tratamento desta e (3) depressão que ocorre coincidentemente com a doença orgânica de base (ZHONG et al, 2010, tradução livre nossa).

Contudo, ainda é pouco o número de solicitações diante da demanda de pacientes que necessitam de avaliação. Segundo Furlanetto (2012, p.1) “...embora a maioria dos indivíduos que se suicidaram durante a estadia no hospital apresentasse transtorno depressivo, apenas uma minoria recebeu atendimento de interconsulta psiquiátrica”.

O fenômeno também foi documentado pelo *European Consultation and Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics* (ECLW), no primeiro projeto multicêntrico e multinacional completado neste campo. Este estudo usou métodos padronizados originais e avaliou cerca de 15.000 intervenções de pacientes por meio de IP, representando apenas 1,4% das admissões em hospitalares gerais. (LOBO et al, 2005, tradução livre nossa).

A alta prevalência dos SD em pacientes hospitalizados está associada à baixa aderência ao tratamento médico, piora do prognóstico da doença somática, maior incapacidade para o paciente, maior tempo de permanência hospitalar, como também, aumento da mortalidade e do risco de suicídio (ANDREOLI et al, 2007; YAN et al, 2013; WAND, 2014; BORZA et al, 2015). Sendo assim, uma intervenção precoce auxilia na recuperação mais rápida do paciente, aumenta sua qualidade de vida, diminui os gastos com internação e a probabilidade que esse doente permaneça com a depressão, meses ou anos após alta hospitalar e resolução completa ou parcial do seu quadro de base.

[...] Nesses pacientes, o impacto das condições depressivas expressam-se em aumento da morbidade, mortalidade, do tempo médio de internação, do incremento de custos diretos e indiretos, além de consequências negativas sobre a qualidade de vida. [...] (MACHADO et al, 2003).

As implicações negativas da depressão foram documentadas em uma série de relevantes relatórios: 2/3 dos pacientes dos hospitais gerais continuaram deprimidos 3 meses após o seguimento de alta hospitalar, e 56% um ano após. Nos 2 anos seguintes de acompanhamento, foram descritas disfunções importantes, deficiência em qualidade de vida, o nível de disfunção sendo igual ou superior para pacientes com doenças grave e crônica (LOBO et al, 2005, tradução livre nossa).

Estratégias simples e não onerosas podem ser lançadas para rastrear e identificar tais pacientes, como o uso de escalas ou questionários. Aaron T. Beck et al. desenvolveram em 1961 um questionário autoaplicável com 21 itens, revisado em 1996 passando a incluir sintomas cognitivo-afetivos (tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, culpa, etc.) e somáticos (apetite, qualidade do sono, presença de cefaléia, etc), ainda de acordo com os critérios do DSM-IV (WANG et al, 2013; SUBICA et al, 2014; COSTA et al, 2011). Essa escala é de fácil reprodutibilidade e baixo custo. Não se aplica para fins diagnósticos do transtorno depressivo maior, mas pode guiar o clínico, de maneira mais objetiva na prática em avaliar situações subjetivas (GANDINI et al, 2007; WANG et al, 2013). Os médicos generalistas podem ser habilitados para aplicar tais métodos, fazendo assim um rastreio precoce da sintomatologia depressiva, evitando o comprometimento da capacidade funcional, perda da qualidade de vida do paciente e seus familiares e maiores gastos para o sistema.

Esses estudos além de estimar a prevalência de SD e fatores associados em pacientes internados, ao ressaltar a frequência e a importância da IP podem guiar um melhor treinamento dos alunos do Internato e os plantonistas em aspectos da saúde mental.

2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEITOS, TFH; NASCIMENTO, CAM; NOAL, MHO. Depressão no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n. 7, p. 327-333, ago. 1992.

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. *Rev Bras Clin Med* 2011;9(4):264-8.

UNSAL, A; UNALDI, C; BAYTEMIR, C. Anxiety and depression levels of inpatients in the city centre of Kirsehir in Turkey. *Int J Nurs Pract* 2011 Aug;17(4):411-8.

ZHONG, BL; CHEN, HH; ZHANG, JF; XU, HM; ZHOU, C; YANG, F; et al. Prevalence, correlates and recognition of depression among inpatients of general hospitals in Wuhan, China. *Gen Hosp Psychiatry* 2010 May;32(3):268-75.

FRAGUAS, R JR; ALVES, TC. Depression in General Hospital: a study of 136 cases. *Rev Assoc Med Bras* 2002 Jul;48(3):225-30.

MACHADO, SC; GOLDIM, JR; FLECK, MP; EIZIRIK, CL. Depression detection in a general university hospital: comparison of data between 1987 and 2002. *Rev Gaucha Enferm* 2003 Aug;24(2):209-14.

LIMA, M; COLOGNESI, L; DOMINGOS, NAM; MIYAZAKI, MCOS; VALÉRIO, NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arq de Ci & Saúde* 2005;12(2):63-6.

FERRARI, JF; DALACORTE, RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica* 2007;17(1):3-8.

YAN, ZY; GU, MJ; ZHONG, BL; WANG, C; TANG, HL; LING, YQ; et al. Prevalence, risk factors and recognition rates of depressive disorders among inpatients of tertiary general hospitals in Shanghai, China. *J Psychosom Res* 2013 Jul;75(1):65-71.

VÉLEZ, DMA; ACELAS, LML; QUIROGA, YJS. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico* 2010;4(10).

DENNIS, M; KADRI, A; COFFEY, J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing* 2012 Mar;41(2):148-54.

CEPOIU, M; MCCUSKER, J; COLE, MG; SEWITCH, M; CIAMPI, A. Recognition of depression in older medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2007 May;22(5):559-64.

FURLANETTO, LM; MENDLOWICZ, MV; ROMILDO, BJ. 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 May;86(1):87-91.

LOBO, A; SAZ, P; MARCOS, G; CAMPOS, R; GARCÍA-CAMPAYO, J; OROZCO, F; et al. Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up: I. Rational and design of the project. *The European journal of psychiatry* 2005;19(3):172-92.

NIMHAOLAIN, AM; BUTLER, JS; MAGILL, PF; WOOD, AE; SHEEHAN, J. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Ir J Med Sci* 2008 Sep;177(3):211-5.

TANAJURA, D; SANTOS-JESUS, R; TAVARES-NETO, J; OLIVEIRA, IRD. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002;24:182-5.

MEDEIROS, PC; GIOIA-MARTINS, DF; HAMZEH, SÁ. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermagem de hospital geral. *Revista Psicologia-Teoria e Prática* 2009;11(1).

RENTSCH, D; DUMONT, P; BORGACCI, S; CARBALLEIRA, Y; DETONNAC, N; ARCHINARD, M; et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Jan;29(1):25-31.

IMAM, SZ; HASHMI, SH; ISLAM, MG; HUSSAIN, MA; IQBAL, F; ILYAS, M; et al. Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *J Pak Med Assoc* 2007 Mar;57(3):159-62.

WOOD, R; WAND, AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a system. *Psychosom Res* 2014;76(3):175-192.

DOHERTY, AM; GAUGHRAN, F. The interface of physical and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014.

BOTEGA, NJ. Consultation-liaison psychiatry in Brazil. Psychiatric residency training. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14(3):186-191.

GASPAR, KC; SA, JR; AZEVEDO, RC, et al. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33(3):305-307.

STEFANELLO, BIANCA; FURLANETTO, LETÍCIA MARIA. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. *J. bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 61, n.1, p. 2-7, 2012.

ANDREOLI, SB; MEIDA-FILHO, N; MARTIN, D; et al. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(1):43-46.

WAND, AP. Activity-based funding: implications for mental health services and consultation-liaison psychiatry. *Australas Psychiatry* 2014.

BORZA, T; ENGEDAL, K; BERGH, S; BENTH, JS; SELBAEK, G. The course of depression in late life as measured by the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale in an observational study of hospitalized patients. *BMC Psychiatry* 2015;15:191.

WANG, YP; GORENSTEIN, C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics (Sao Paulo)* 2013 Sep;68(9):1274-87.

SUBICA, AM; FOWLER, JC; ELHAI, JD; FRUEH, BC; SHARP, C; KELLY, EL; et al. Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychol Assess* 2014 Dec;26(4):1106-15.

COSTA, EF; SANTANA, YS; SANTOS, AT; MARTINS, LA; MELO, EV; ANDRADE, TM. Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university. *Rev Assoc Med Bras* 2012 Jan;58(1):53-9.

GANDINI, RC; MARTINS, MDCF; RIBEIRO, MP; SANTOS, DTG. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF* 2007;12(1):23-31.

3 NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO

Revista da Associação Médica Brasileira-RAMB

Objetivo e Política editorial

A Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), editada pela Associação Médica Brasileira, tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico. A RAMB é indexada nas bases de dados SciELO, Science Citation Index Expanded (SCIE), Scopus, Web of Science, Institute for Scientific Information (ISI), Index Copernicus, LILACS, MEDLINE e CAPES - QUALIS B2. Atualmente, a revista é produzida apenas na versão on-line de livre acesso (www.ramb.org.br) e os artigos são publicados na língua inglesa.

A RAMB aceita para publicação artigos nas seguintes categorias: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Correspondências, Ponto de Vista, Panorama Internacional, À Beira do Leito e Imagem em Medicina. A submissão dos artigos é totalmente gratuita, sem cobrança de qualquer taxa aos seus autores. O Conselho Editorial recomenda fortemente que os autores leiam a versão on-line da RAMB e analisem os artigos já publicados como modelo para a elaboração de seus trabalhos.

Informações gerais

- Como submeter artigos

Os artigos e correspondências deverão ser enviados somente via internet pelo seguinte endereço eletrônico: www.ramb.org.br. Basta a realização de um cadastro, seguido do envio do manuscrito, obedecendo as normas aqui descritas. Só serão aceitos artigos que, dentre seus autores, contenha, no mínimo, um médico.

Os artigos poderão ser escritos em português, espanhol ou na língua inglesa, mas serão publicados na versão em inglês. Cada artigo, acompanhado de correspondência ao editor, deverá conter título, nome completo do (s) autor (es), instituição na qual o trabalho foi realizado e seção da revista à qual se destina.

O conteúdo do material enviado para publicação na RAMB não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em

outros periódicos. A critério do editor chefe, todos os artigos recebidos são revisados por membros do Conselho Editorial.

Ao preparar o manuscrito, os autores deverão indicar qual ou quais áreas editoriais estão relacionadas ao artigo, para que este possa ser encaminhado para análise editorial específica.

O Conselho Editorial recomenda que os autores façam uma busca por artigos relacionados ao tema e publicados anteriormente na RAMB ou em outros periódicos indexados no SciELO, utilizando as mesmas palavras-chaves do artigo proposto. Estes artigos devem ser considerados pelos autores na elaboração do manuscrito com o objetivo de estimular o intercâmbio científico entre os periódicos SciELO.

- O que acontece depois que o artigo foi submetido?

Em virtude do grande número de artigos enviados, o Conselho Editorial adotou critérios de seleção para o processo de revisão por pares. A exemplo do que acontece com outros periódicos, a maior parte dos artigos submetidos não passa para a fase detalhada de avaliação que é a revisão por pares. Os critérios que o Conselho Editorial adotou para essa seleção inicial incluem o perfil editorial da revista e de seus leitores, área de interesse do tema principal do trabalho, título e resumo adequados, redação bem elaborada, metodologia bem definida e correta (incluindo, no caso de estudos clínicos, tamanho amostral, metodologia estatística e aprovação por Comitê de Ética), resultados apresentados de maneira clara e conclusões baseadas nos dados. Esse procedimento tem por objetivo reduzir o tempo de resposta e não prejudicar os autores. A resposta detalhada, elaborada pelos revisores, só ocorre quando o artigo passa dessa primeira fase.

No caso de rejeição, a decisão sobre a primeira fase de avaliação é comunicada aos autores em média duas a três semanas depois do início do processo (que começa logo após a aprovação do formato pelo revisor de forma). O resultado da revisão por pares contendo a aceitação ou a rejeição do artigo para publicação ocorrerá no menor prazo possível.

Embora existam rigorosos limites de tempo para a revisão por pares, a maioria dos periódicos científicos conta com o notável esforço e a colaboração da comunidade científica que, por ter muitas outras atribuições, nem sempre consegue cumprir os prazos. Ao receber o parecer dos revisores, os autores deverão encaminhar, em comunicado à parte, todos os pontos alterados do artigo que foram solicitados pelos revisores. Além

disso, o texto contendo as alterações solicitadas pelos revisores deverá ser reencaminhado à RAMB na cor vermelha, devendo ser mantido e sublinhado o texto anterior.

A ordem de publicação dos artigos será cronológica, podendo, no entanto, haver exceções definidas pelo Conselho Editorial. Os trabalhos aceitos para publicação serão enviados aos autores e deverão ser revisados e devolvidos no prazo de dois dias, caso contrário o artigo será publicado em sua forma original. Após a aprovação final pelos autores NÃO será possível modificar o texto.

- Corpo editorial

O Corpo Editorial da RAMB é composto pelo Editor Geral, Editores Associados, Editores Colaboradores e Conselho Editorial nas seguintes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Pública, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Bioética, Cancerologia, Emergência e Medicina Intensiva, Medicina Farmacêutica e Medicina Baseada em Evidências. O Corpo Editorial será responsável pela revisão e aceitação ou não dos artigos enviados à revista para publicação. O editor chefe tem as prerrogativas que o cargo lhe confere para aceitar ou não qualquer artigo, independentemente da revisão por pares, assim como definir a edição de sua publicação.

- Estilo e preparação de originais

O trabalho deverá ser redigido em corpo 12, no máximo em 15 laudas de 30 linhas cada, espaço 1,5 linha, com margem de 3 cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excluía a do título, devem ser numeradas.

- Página título

Deverá conter:

- a) O título do trabalho, também na versão em inglês, deverá ser conciso e não exceder 75 toques ou uma linha.
- b) Nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor.
- c) Nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado.
- d) Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e-mail e endereço para contato.

e) Aspectos éticos: carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ou ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores. É absolutamente obrigatório o envio, juntamente com o artigo, do termo de copyright, disponível no site da Ramb, devidamente assinado pelos autores, sem o qual o artigo não seguirá o seu fluxo normal de avaliação.

- Tópicos dos artigos

Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

- Notas de rodapé

Apenas quando estritamente necessárias; devem ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com o subtítulo "Nota de rodapé".

- Agradecimentos

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Deve vir antes das referências bibliográficas.

- Resumo/Summary

O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário controlado do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, publicação da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Para os termos em inglês recomenda-se o MeSH da base Medline. O Summary visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentar em folha separada e seguir o mesmo modelo do resumo: background, methods, results, conclusions. Deve ser seguido de keywords.

Artigos escritos em português devem conter, na segunda página, dois resumos: um em português e outro em inglês (Summary). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (Summary) e português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

- Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação. Devem ser citados todos os autores, totalizando seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line nos sites: www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html ou www.nlm.nih.gov/citingmedicine ou, se não for possível, a Associação de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos:

1. *Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5-year follow-up. Br J Cancer 1996; 73:1006-12.*
2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124:980-3.
3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.
4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.
6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1): [24 screens]. Available from: URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.
7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Referências de “resultados não publicados” e “comunicação pessoal” devem aparecer, entre parênteses, seguindo o (s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar “comunicação pessoal”.

- Citações bibliográficas

As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto. Exemplo: Até em situações de normoglicemia ⁶.

- Figuras, tabelas, gráficos, anexos

No original deverão estar inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no MÁXIMO TRÊS.

- a) as figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. As letras e símbolos devem estar na legenda.
- b) as legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.
- c) as tabelas, com título e legenda, deverão estar em arquivos individuais.
- d) é preciso indicar, em cada figura, o nome do primeiro autor e o número da figura. Figuras e tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

- Abreviações / Nomenclatura

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

- Terminologia

Visando o emprego de termos oficiais dos trabalhos publicados, a RAMB adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT – IFAA (1998) – International Anatomical Terminology – Stuttgart – Alemanha – Georg Thieme Verlag, Editora Manole.

4 ARTIGO ORIGINAL

Título do trabalho: Prevalência de sintomas depressivos entre pacientes internados num hospital universitário

Prevalence of depressive symptoms among inpatients at a university hospital

Autores: Juliana Gonçalves Oliveira¹; Erick Oliveira Cunha¹; Mariana Aguiar Machado¹; Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla²; Enaldo Vieira Melo³; Edméa Fontes de Oliva-Costa³

1- Estudantes de Graduação do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil;

2- Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Brasil;

3- Professores Adjuntos Doutores do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil.

Trabalho realizado no Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista, s/n, Bairro Cidade Nova.

Aracaju – SE, CEP: 49060-108.

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência dos sintomas depressivos (SD) e fatores associados em pacientes internados num Hospital Universitário (HU), além da frequência de solicitação de interconsulta psiquiátrica. **Métodos:** Estudo transversal em março/16, com 87 pacientes internados nas enfermarias clínicas e cirúrgicas num Hospital Universitário, através de dois instrumentos: 1) Questionário estruturado elaborado pelos autores, 2) Inventário de Depressão de Beck (IDB). Análise de dados através de estatística descritiva e analítica com etapa final de regressão logística. **Resultados:** A prevalência de SD foi 54% (IC 95%), sendo 24% de sintomas moderados a graves, no entanto, em apenas 3,4% dos pacientes houve solicitação de interconsulta. No modelo ajustado o único fator associado a SD foi o motivo de internamento, sendo que as causas clínicas (87,2%) apresentaram 9,24 vezes maior probabilidade de desenvolver SD em relação as causas cirúrgicas. **Conclusão:** A frequência de interconsulta foi muito baixa, o que se contrapõe com a alta prevalência de SD indicando subnotificação dos casos.

Palavras-chave: Sintomas depressivos, Interconsulta psiquiátrica, Pacientes internados.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of depressive symptoms (DS) and associated factors in inpatients at a University Hospital and the frequency of consultation liaison psychiatry (LP). **Methods:** A cross-sectional study was carried out in March/2016, with 87 patients hospitalized in the clinical and surgical wards at the University Hospital (Sergipe/BR), through two instruments: 1) Structured Questionnaire prepared by the authors; 2) Beck Depression Inventory (BDI). Data analysis through descriptive and analytical statistics with final step of logistic regression. **Results:** The prevalence of DS were 54% (95%CI), of which 24% correspond to moderate and severe symptoms, and only 3.4% of the patients had a consultation LP. In Logistic Regression, the only factor associated with DS was the reason for hospitalization. Clinical causes (87.2%) were 9.24 times more likely to develop DS than surgical causes. **Conclusion:** The frequency of LP was very low, which is in contrast with the high prevalence of DS indicating underreporting of the cases.

Keywords: Depressive symptoms, Liaison Psychiatry, Inpatients.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. As manifestações depressivas estabelesem-se como um problema de saúde pública e econômica, pois geram queda da produtividade, afastamento do mercado de trabalho e maior demanda aos serviços de saúde^{1,2}. Estudos epidemiológicos apontam que em ambiente hospitalar as taxas de pacientes com sintomas depressivos (SD) são^{3,4} exponencialmente maiores que na população geral^{5,6}.

Os sintomas depressivos ocorrem com maior frequência em pacientes do sexo feminino, com vida conjugal instável, baixo nível educacional, baixa renda⁷, instabilidade profissional e em idosos^{8,9}, além de estarem mais associados as doenças de caráter crônico^{10,13}. As manifestações depressivas representam uma das maiores demandas dos serviços da psiquiatria de ligação, para os hospitais que dispõem de tal equipe. A interconsulta psiquiátrica visa complementar o cuidado e integrar o olhar sobre o

paciente^{11,14,15}. Entretanto, na prática dos hospitais gerais, os sintomas depressivos acabam sendo subdiagnosticados ou subtratados pelos médicos¹⁶. Alguns erros de julgamento são cometidos ao se acreditar que os sintomas depressivos fazem parte do processo de adoecimento e, portanto, não necessitam de tratamento. A falta de reconhecimento muitas vezes reside no fato de que tais sintomas nem sempre se revelam como queixas emocionais, manifestando-se em alguns pacientes como queixas somáticas mais inespecíficas ou algum déficit cognitivo^{9,11,17,18}.

É importante a detecção precoce desses sintomas para evitar a baixa aderência ao tratamento médico, piora do prognóstico da doença somática, maior incapacidade para o paciente, maior tempo de permanência hospitalar, como também aumento da mortalidade e do risco de suicídio^{4,9,19}.

O objetivo desse estudo é estimar a prevalência dos sintomas depressivos em pacientes internados no Hospital Universitário de Sergipe; averiguar se houve solicitação de interconsulta psiquiátrica ou se algum tratamento foi iniciado, como também avaliar os fatores que possam estar associados aos sintomas depressivos.

Metodologia

1. Local do estudo

O Hospital Universitário Professor João Cardoso Nascimento Júnior faz parte da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e todo serviço prestado aos pacientes é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital conta com 123 leitos distribuídos entre as enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria, 5 leitos na Unidade de Terapia Intensiva e 4 salas no Centro Cirúrgico.

2. População

Foram entrevistados, um total de 87 pacientes internados no HU, distribuídos entre as enfermarias de clínica médica e cirúrgica.

3. Desenho de estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico.

4. Coleta de dados

Os pacientes foram entrevistados entre novembro de 2015 a março de 2016. Responderam ao Inventário de Depressão de Beck (IDB) e a um questionário específico elaborado pelos autores do projeto. Os questionários, apesar de autoaplicáveis, foram lidos e explicados para os pacientes de baixo nível educacional, pelos colaboradores da pesquisa.

5. Instrumentos

Um questionário autoaplicável com 21 questões fechadas, pré-codificadas, elaborado pelos autores deste estudo contendo questões relativas a dados sociodemográficos, vivências psicoemocionais, aspectos pessoais e da internação.

O outro instrumento usado foi o IDB, que é um questionário de múltipla escolha, autoaplicável criado em 1961 por Aaron T. Beck com finalidade de identificar sintomas depressivos. O IDB não tem pretensão diagnóstica, sua utilidade está no rastreio das manifestações depressivas englobando tanto alterações afetivas, quanto somáticas^{20,21}.

O inventário é composto de 21 itens que variam de 0 a 3 pontos e foram utilizados os seguintes valores de corte: 9/10, 18/19 e 29/30. Pacientes sem depressão ou com sintomas leves somam menos de 10 pontos; pacientes com sintomas leves a moderados somam entre 10 a 18 pontos; sintomas moderados a grave, 19 a 29 pontos e pacientes com sintomas depressivos graves variam de 30 a 63 pontos^{12,17,22,23}.

O IDB é uma escala largamente utilizada pela comunidade científica, de fácil aplicabilidade e não onerosa. Suas propriedades psicométricas foram testadas e comprovadas^{17,20}. A versão utilizada nesse projeto foi validada e traduzida para o português por Cunha (2001)²⁴.

6. Análise dos dados

A etapa inicial da análise deu-se por descrição da amostra e resumo dos dados, métodos empregados pela estatística descritiva. Os questionários respondidos pelos pacientes foram utilizados para construção de um banco de dados pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Foram elaboradas tabelas e o cálculo da Razão de Prevalência (RP) para análise bivariada inicial. Finalmente foi feita análise multivariada por regressão logística e cálculo da *odds ratio* (OR). As variáveis incluídas na análise foram as que apresentaram

associação maior que 30% com sintomas depressivos, obedecendo ao princípio da parcimônia.

7. Considerações éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição e aprovado de acordo com a CAAE 48297115200005546. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os procedimentos éticos propostos e aprovados foram rigorosamente seguidos pela equipe de pesquisa.

Resultados

A prevalência de SD foi de 54% ($n = 47$) numa população de 87 pacientes adultos, internados num HU. Destes, 6 pacientes (6,9%) apresentaram sintomas depressivos graves, 15 (17,2%) sintomas entre moderados a graves, 26 (29,9%) com sintomas de leves a moderados e foram incluídos no grupo com SD. Não apresentaram sintomas depressivos 40 pacientes (46%) e foram agrupados como sem SD (**Tabela 1**).

Não houve diferença significativa entre os gêneros, dos pacientes com SD 61,7% eram do sexo masculino e 38,3% do sexo feminino. Na população sem SD 62,5% eram do sexo masculino e 37,5% feminino. Também não se constatou diferença no perfil de renda dos pacientes. Dos que recebem até um salário mínimo, 74,5% têm SD e 77,5% não (**Tabela 2**).

Dentre as variáveis pesquisadas, observou-se associação à prevalência de SD em: idade, estado civil, escolaridade, internamento na clínica médica ou cirúrgica, se houve internamentos anteriores, se usa/usou psicofármacos, se a doença repercute negativamente no dia-a-dia e no recebimento de informações suficientes sobre a patologia atual pela instituição onde se encontra. O critério para definir associação foi o $p \leq 0,35$.

Nos pacientes com SD a média de idade foi de $47,1 \pm 18,7$ anos. No quesito estado civil, 44,7% dos pacientes com SD afirmaram ter companheiro (a) e 55,3% não tinham. Sobre o grau de escolaridade, 61,7% eram analfabetos ou estudaram até o fundamental e 38,3% variavam do ensino médio ao superior.

Sobre o internamento hospitalar, no grupo com SD 87,2% estavam internados nas enfermarias de clínica médica e 12,8% nas enfermarias de clínica cirúrgica. Destes, 48,9% já haviam passado por internamentos anteriores e 51,1% estavam em seu primeiro internamento. Quando questionados sobre o uso de psicofármacos, 34,0% afirmam usar e/ou já terem usado e 66,0% nunca. No quesito como a doença atual repercute em seus quotidianos 80,9% referem que repercute negativamente, enquanto 19,1% não fizeram tal associação. Por fim, 55,3% alegam estar recebendo informações suficientes sobre sua condição na instituição onde se encontram e 44,7% não estão recebendo informações suficientes (**Tabela 2**).

Durante o tempo da coleta de dados, apenas 3 interconsultas psiquiátricas foram solicitadas, das quais 2 foram nos pacientes com SD e representaram 4,3% do total deste grupo (**Tabela 2**).

A análise multivariada, após o ajuste do modelo final da regressão logística, revelou que a variável de maior impacto para o aparecimento de sintomas depressivos foi o motivo de internamento. Os pacientes da clínica médica (87,2%) apresentaram 9,24 vezes maior probabilidade de desenvolver SD em relação as causas cirúrgicas (**Tabela 3**).

Discussão

A população estudada apresentou altas taxas de SD – 54%, com predominância de sintomas leves a moderados. Os índices, na população geral, giram em torno de 5% e a literatura vem mostrando taxas ainda maiores nos pacientes hospitalizados, variando de 10% a 40%^{1,2,6,18}. Os sintomas nem sempre se revelam como queixas emocionais, manifestando-se em alguns pacientes como queixas somáticas mais inespecíficas ou algum déficit cognitivo, como a perda de memória^{6,12}. Nos caracteres da nossa população estudada observamos dentre os pacientes com SD uma predominância do baixo nível educacional, dos que não têm companheiro, dos que estão em seu primeiro internamento e referem uma interferência negativa da doença atual em seu dia-a-dia.

A alta prevalência e o pior prognóstico quando pacientes com doenças físicas apresentam também doenças psíquicas^{16,17}, apontam para a necessidade de estimular, na formação médica, a habilidade de reconhecer o sofrimento psíquico e fazer a ligação entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas. Os pacientes nas enfermarias de clínica

médica, em sua maioria, apresentavam doenças como: pneumopatias¹, DST, câncer, ICC, esquistossomose, entre outras. Grande parte com doenças crônicas, reincidentes e com baixa taxa de cura. Provavelmente por isso, este foi o aspecto que se associou à alta prevalência de SD. Nosso achado não se assemelha ao da literatura, que não mostra diferença estatisticamente significativa entre as enfermarias clínicas e cirúrgicas. No entanto há o viés que em nossas enfermarias cirúrgicas são de alta rotatividade, os pacientes internados apresentam doenças mais agudas e de caráter resolutivo^{1,12,18}.

O número de IP se mostrou muito pequeno diante da demanda de sintomas rastreados, mostrando uma falha no atendimento e condução desses pacientes. Não necessariamente por desconhecimento do médico sobre as doenças psíquicas, mas por uma resistência auto imposta pelo preconceito e medo em lidar com o sofrimento emocional². A Interconsulta Psiquiátrica surge como uma ponte entre a Psiquiatria e a Medicina Geral, propondo uma abordagem integrativa do paciente como um todo^{11,14}. Este estudo mostrou que dos 47 pacientes com SD, apenas 2 foram submetidos a avaliação pelo psiquiatra interconsultor, indicativo da falta de integração da psiquiatria com as outras especialidades médicas⁴.

A literatura vem mostrando a importância do uso de escalas, como o IDB, para o paciente internado. Os instrumentos devem auxiliar a investigação, podendo ser utilizado pelos plantonistas, mas não se limitando como critério para estabelecer diagnóstico. O IDB é de fácil replicação e baixo custo, contudo, na prática é mais empregado em pesquisas científicas^{5,23}.

Conclusão

É alta a prevalência de pacientes internados que apresentaram alguma manifestação depressiva, notadamente moderada à grave. O internamento por doenças clínicas foi o fator associado aos SD, sugerindo a importância do caráter crônico e reincidente das doenças. A frequência de interconsulta foi muito baixa, o que se contrapõe com a alta prevalência de SD, implicando em subnotificação dos casos. Estes dados reforçam a importância da identificação precoce dos sintomas e como as habilidades de identificá-los devem ser estimuladas durante a formação médica. Essa pesquisa pode contribuir alertando sobre a necessidade de um rastreio precoce dos pacientes com SD, apontando a importância de um atendimento integrado com as demais especialidades médicas para favorecer a recuperação desse indivíduo.

Reference List

- (1) Lima M, Colognesi L, Domingos NAM, Miyazaki MCOS, Valério NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arq de Ci & Saúde* 2005;12(2):63-6.
- (2) Machado SC, Goldim JR, Fleck MP, Eizirik CL. [Depression detection in a general university hospital: comparison of data between 1987 and 2002]. *Rev Gaucha Enferm* 2003 Aug;24(2):209-14.
- (3) Unsal A, Unaldi C, Baytemir C. Anxiety and depression levels of inpatients in the city centre of Kirsehir in Turkey. *Int J Nurs Pract* 2011 Aug;17(4):411-8.
- (4) Zhong BL, Chen HH, Zhang JF, Xu HM, Zhou C, Yang F, et al. Prevalence, correlates and recognition of depression among inpatients of general hospitals in Wuhan, China. *Gen Hosp Psychiatry* 2010 May;32(3):268-75.
- (5) 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. *Rev Bras Clin Med* 2011;9(4):264-8.
- (6) Fraguas R, Jr., Alves TC. [Depression in General Hospital: a study of 136 cases]. *Rev Assoc Med Bras* 2002 Jul;48(3):225-30.
- (7) Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Veja* 2011 May 9;6736(11):60135-9.
- (8) Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Ciampi A. Recognition of depression in older medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2007 May;22(5):559-64.
- (9) Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing* 2012 Mar;41(2):148-54.
- (10) Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica* 2007;17(1):3-8.

- (11) Imam SZ, Hashmi SH, Islam MG, Hussain MA, Iqbal F, Ilyas M, et al. Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *J Pak Med Assoc* 2007 Mar;57(3):159-62.
- (12) Vélez DMA, Acelas LML, Quiroga YJS. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico* 2010;4(10).
- (13) Yan ZY, Gu MJ, Zhong BL, Wang C, Tang HL, Ling YQ, et al. Prevalence, risk factors and recognition rates of depressive disorders among inpatients of tertiary general hospitals in Shanghai, China. *J Psychosom Res* 2013 Jul;75(1):65-71.
- (14) Ni Mhaolain AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Ir J Med Sci* 2008 Sep;177(3):211-5.
- (15) Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deTonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Jan;29(1):25-31.
- (16) Lobo A, Saz P, Marcos G, Campos R, García-Campayo J, Orozco F, et al. Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up: I. Rational and design of the project. *The European journal of psychiatry* 2005;19(3):172-92.
- (17) da Silva Medeiros PC, Gioia-Martins DF, Hamzeh SÁ. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Revista Psicologia-Teoria e Prática* 2009;11(1).
- (18) Tanajura D, Santos-Jesus R, Tavares-Neto J, Oliveira IRd. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002;24:182-5.
- (19) Borza T, Engedal K, Bergh S, Benth JS, Selbaek G. The course of depression in late life as measured by the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale in an observational study of hospitalized patients. *BMC Psychiatry* 2015;15:191.

- (20) Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo BJ. 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 May;86(1):87-91.
- (21) Subica AM, Fowler JC, Elhai JD, Frueh BC, Sharp C, Kelly EL, et al. Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychol Assess* 2014 Dec;26(4):1106-15.
- (22) Costa EF, Santana YS, Santos AT, Martins LA, Melo EV, Andrade TM. [Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university]. *Rev Assoc Med Bras* 2012 Jan;58(1):53-9.
- (23) Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics (Sao Paulo)* 2013 Sep;68(9):1274-87.
- (24) de Cássia Gandini R, Martins MdCF, de Paula Ribeiro M, Santos DTG. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF* 2007;12(1):23-31.

Tabela 1. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016. (n = 87)

	% (n)	IC 95%
Sintomas depressivos ausentes ou mínimos	46,0 (40)	36,8 – 55,2
Sintomas depressivos leves a moderados	29,9 (26)	20,7 – 40,2
Sintomas depressivos moderados a graves	17,2 (15)	10,3 – 25,3
Sintomas depressivos graves	6,9 (6)	1,2 – 12,6

% (n): valores expressos em porcentagem e frequência simples

IC: Intervalo de Confiança

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e fatores associados aos sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.

Variáveis	Com SD (n=47)	Sem SD (n= 40)	p
Idade	47,1 ± 18,7	52,8 ± 16,4	0,14
Sexo			
Feminino	18 (38,3%)	15 (37,5%)	0,94
Masculino	29 (61,7%)	25 (62,5%)	
Estado Civil			
Com companheiro (a)	21 (44,7%)	17 (42,5%)	0,24
Sem companheiro (a)	26 (55,3%)	23 (57,5%)	
Escolaridade			
Até o fundamental	29 (61,7%)	29 (72,5%)	0,17
Do médio ao superior	18 (38,3%)	11 (27,5%)	
Renda			
Até um salário	35 (74,5%)	31 (77,5%)	0,74
Maior que um salário	12 (25,5%)	9 (22,5%)	

Interconsulta

Sim	2 (4,3%)	1 (2,5%)	0,65
Não	45 (95,7%)	39 (97,5%)	

Motivo do Internamento

Clínico	41 (87,2%)	17 (42,5%)	0,001
Cirúrgico	6 (12,8%)	23 (57,5%)	

Internamentos Anteriores

Sim	23 (48,9%)	13 (32,5%)	0,12
Não	24 (51,1%)	27 (67,5%)	

Uso de Psicofármaco

Sim	16 (34,0%)	9 (22,5%)	0,24
Não	31 (66,0%)	31 (77,5%)	

Doença Repercute Negativamente

Sim	38 (80,9%)	29 (72,5%)	0,35
Não	9 (19,1%)	11 (27,5%)	

Informações suficientes

Sim	26 (55,3%)	30 (75,0%)	0,05
Não	21 (44,7%)	10 (25,0%)	

Tabela 3. Resultados da regressão logística para variáveis relacionadas e sintomas depressivos em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.

Variáveis	OR bruta (IC 95%)	p
Idade	0,98 (0,96 – 1,00)	0,14
Sexo		
Feminino	0,97 (0,40 – 2,30)	0,93
Masculino	1	
Estado Civil		
Com companheiro (a)	0,91 (0,39 – 2,14)	0,83
Sem companheiro (a)	1	
Escolaridade		
Do médio ao superior	1,64 (0,66 – 4,06)	0,29
Até o fundamental	1	
Interconsulta		
Sim	1,73 (0,15 – 19,85)	0,65
Não	1	
Motivo do Internamento		
Clínico	9,24 (3,20 – 26,73)	0,00
Cirúrgico	1	
Internamentos Anteriores		
Sim	1,99 (0,83 – 4,77)	0,12
Não	1	

Uso de Psicofármaco

Sim	1,78 (0,68 – 4,62)	0,24
Não	1	

Doença Repercute Negativamente

Sim	1,60 (0,59 – 4,37)	0,35
Não	1	

Informações suficientes

Não	2,42 (0,97 – 6,07)	0,06
Sim	1	

OR: *odss ratio*

IC: Intervalo de Confiança

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL – Nº CAEE

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

 Informe o E-mail

 Informe a Senha

[Esqueceu a senha](#)

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: A INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO MÉDICA
 Pesquisador Responsável: ENALDO VIEIRA DE MELO
 Contato Público: ENALDO VIEIRA DE MELO
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 13/10/2015

DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 Cidade: SÃO CRISTÓVÃO

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5546 - UFS - Hospital Universitário de Aracaju da Universidade Federal de Sergipe / HU-UFS
 Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
 Telefone: (79)2105-1805
 E-mail: cephu@ufs.br

CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA





ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Através deste documento, eu _____, usuário do HU/UFS com RG _____ SSP-_____, residente na Rua(Av.) _____ nº _____ Bairro _____ CEP _____ Fone: _____ Email _____

comprometo-me a responder com fidelidade os questionários relativos ao projeto de pesquisa **“A INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA NUM HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO MÉDICA”**, coordenado pelo Profº do Departamento de Medicina da UFS, Enaldo Vieira de Melo e autorizo que os dados coletados sejam utilizados no relatório e análises finais e em publicações, de forma sigilosa, não identificável e eticamente correta, bem como, fui informado que posso retirar-me desta pesquisa em qualquer momento que assim o desejar. Também fui informado acerca do risco mínimo do desconforto devido à exposição ao responder o questionário e sobre benefício direto do encaminhamento à assistência, quando necessário.

Aracaju, ____/____/_____

Assinatura do (a) Pesquisado (a)

Enaldo Vieira de Melo
PESQUISADOR

CONTATOS: (79) 988480739 e evm.estatistica@gmail.com

13- A PATOLOGIA QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO É CLÍNICA OU CIRÚRGICA? 1= Clínica 2=Cirúrgica	☐
14- IDENTIFIQUE A PATOLOGIA? _____	☐
15- VOCE TEVE OUTROS INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO? 1= SIM 2= NÃO	☐
16- A TERAPÊUTICA PRESCRITA PODE COMPROMETER O FUNCIONAMENTO PSÍQUICO? 1= SIM 2= NÃO	☐
17- VOCÊ USOU OU USA ALGUM PSICOFÁRMACO? 1= SIM 2= NÃO	☐
18- NO ÚLTIMO ANO VOCE FEZ USO DE SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU PSÍQUICA? 1= SIM 2= NÃO	☐
19- A SUA DOENÇA ATUAL REPERCUTE NEGATIVAMENTE NO SEU DIA A DIA? 1= SIM 2= NÃO	☐
20- VOCE ESTÁ SATISFEITO COM OS CUIDADOS QUE ESTÁ RECEBENDO NESTE HOSPITAL? 1= SIM 2= NÃO	☐
21- VOCÊ ACHA QUE NESTE INTERNAMENTO RECEBEU AS INFORMAÇÕES SUFICIENTES SOBRE SUA DOENÇA E TRATAMENTO? 1= SIM 2= NÃO	☐

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE *BECK* - IDB

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque um “X” na coluna correspondente do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, marque um “X” em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

		0	1	2	3
I.	0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.				
II.	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.				
III.	0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.				
IV.	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.				
V.	0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.				
VI.	0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.				
VII.	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.				
VIII.	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.				
IX.	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar. 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.				
X.	0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.				
XI.	0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.				
XII.	0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.				

		0	1	2	3
XIII.	0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.				
XIV.	0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.				
XV.	0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.				
XVI.	0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.				
XVII.	0 Não fico mais cansado que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.				
XVII I.	0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.				
XIX.	0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 Kg. 2 Perdi mais de 5,0 Kg. 3 Perdi mais de 7,5 Kg. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()				
XX.	0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.				
XXI.	0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.				

ANEXO 5

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO CALASS 2016



Asociación Latina
para el Análisis
de los Sistemas de Salud.

Apreciada Juliana,

Tu proposición de poster, código P207-BR Poster: " *Prevalência de Sintomas Depressivos entre pacientes internados num Hospital Universitário* ".

Ha sido: **ACEPTADA** por el Comité Científico.

Te adjuntamos, también, las recomendaciones para el texto definitivo. Dicho texto solamente hay que enviarlo si quieres participar en la 18ª Edición de los Premios de Excelencia del congreso.

Para que el poster aparezca en el programa preliminar del congreso es imprescindible haber realizado la inscripción a CALASS antes del **día 15 de mayo**.

Un saludo,

Secretaría de ALASS

Fax: + 34 93 202 33 17

E-mail: alass@alass.org

www.alass.org

Mónica De Angelis
Presidente da ALASS

ANEXO 6

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO COBEM 2016



**54º
COBEM**

**Congresso Brasileiro
de Educação Médica**

Certificamos que o trabalho

**"INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO
MÉDICA IDENTIFICANDO SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PACIENTES DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO"**

de autoria de JULIANA GONÇALVES OLIVEIRA, MARIANA AGUIAR
MACHADO, ERICK OLIVEIRA CUNHA, KARLA MARIA NUNES RIBEIRO
MANSILA, ENALDO VIEIRA DE MELO e EDMÉA FONTES DE OLIVA COSTA

foi apresentado como Pôster durante o

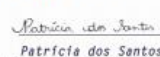
54º COBEM - Congresso Brasileiro de Educação Médica

realizado em Brasília-DF

no período de 12 a 15 de outubro de 2016.


 Sigisfredo Luis Brenelli
Presidente - ABEM


 Paulo César de Jesus
Presidente - 54º COBEM


 Patrícia dos Santos Massanero
Presidente - 54º COBEM - Discente

Realização



Apoio



Ministério da Saúde

Organização



ANEXO 7

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO EPA 2017



5th European Congress of Psychiatry (EPA 17) to be held Florence, Italy, 1-4 April 2017

Abstract Number: EPA17-2809

Abstract Title: Prevalence of Depressive Symptoms Among Inpatients at the University Hospital of Sergipe, Brazil

Dear Ms Juliana Oliveira,

We thank you for your interest in the forthcoming 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), organised in Florence, Italy, 1-4 April 2017.

On behalf of the Scientific Programme Committee, we confirm that your abstract has been accepted and selected for **e-Poster Viewing** at the EPA 2017 congress organised in Florence, Italy, 1-4 April 2017.

FURTHER INFORMATION

For technical questions regarding your abstract submission please contact scarmeli@kenes.com.

For all other queries, please contact the secretariat at epa@kenes.com.

We do hope that you will be joining us in Florence for what promises to be a very lively and engaging Congress.

Yours sincerely,

EPA 2017 Abstract Team

Wolfgang Gaebel
EPA President
SPC Chair

ANEXO 8

COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO DO ABSTRACT PELA EUROPEAN PSYCHIATRY
Abril, 2017

EUROPEAN PSYCHIATRY

THE JOURNAL OF THE EUROPEAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

[RSS Feeds](#) | [Mobile](#)
[Subscribe](#) | [Login](#) | [Register](#)

Home Articles & Issues ▾ Editor's Choice For Authors ▾ Journal Info ▾ Subscribe EPA ▾ More Periodicals ▾ Contact

All Content ▾

Search

[Advanced Search](#)

< Previous Article **April 2017** Volume 41, Supplement, Pages S499–S500 Next Article >

To read this article in full, please review your options for gaining access at the bottom of the page.

Prevalence of depressive symptoms among inpatients at the university hospital of Sergipe, Brazil

J. Oliveira^a, M. Machado, E. Cunha, K.M. Mansilla, E. Vieira Melo, E. Oliva-costa

Federal University of Sergipe, Medicine Department, Aracaju, Brazil

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.625> | CrossMark

Abstract
Full Text

Introduction

Depressive Symptoms (DS) generate a public and economic health problem, with decreasing productivity, labour market withdrawal and increased demand for health services. Studies show that in hospitalized patients, DS rates are higher than in the general population, in medical practice, however, they are under diagnosed or under-treated. Consultation Liaison Psychiatry (LP) can prevent aggravation of the psychic symptoms by early identification of them and by integration of psychiatry with the other medical specialties.

Objectives

To estimate the prevalence of DS and associated factors in inpatients and the frequency of consultation LP.

Methods

A cross-sectional study was carried out in March 2016, with 87 patients hospitalized in the clinical and surgical wards at the University Hospital (Sergipe/BR), through two instruments: (1) Structured Questionnaire prepared by the authors, (2) Beck Depression Inventory (BDI). Data analysis through descriptive and analytical statistics with final step of logistic regression.

Results

The prevalence of DS were 54%, of which 24% correspond to moderate and severe symptoms, and only 3.4% of the patients had a LP. In Logistic Regression, the only factor associated with DS was the reason for hospitalization. Clinical causes (87.2%) were 9.24 times more likely to develop DS than surgical causes.

Conclusions

Results suggest a high prevalence of inpatients with some psychic symptom. Physicians did not detect these symptoms and, therefore, LP request was low. These data reinforce the importance of LP for early identification of DS that should be stimulated during medical training.

Article Tools

- [PDF \(74 KB\)](#)
- [Email Article](#)
- [Add to My Reading List](#)
- [Export Citation](#)
- [Create Citation Alert](#)
- [Cited by in Scopus \(0\)](#)

- [Request Permissions](#)
- [Order Reprints](#)
(100 minimum order)

Related Articles

Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women
Publication stage: In Press Uncorrected Proof
European Psychiatry

Depressive symptoms in adolescence: The role of perceived parental support, psychological control, and proactive control in interaction with 5-HTTLPR
European Psychiatry, Vol. 35

Seasonal patterns in self-reported peripartum depressive symptoms
European Psychiatry, Vol. 43

Effect of Anti-inflammatory Treatment On Depression, Depressive Symptoms and Side Effects: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials
European Psychiatry, Vol. 30

Association of Anxiety, Anxiety Sensitivity

To access this article, please choose from the options below

ANEXO 9

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA Set-2017

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Revista da Associação Médica Brasileira
Manuscript ID	RAMB-2017-0350
Title	Prevalência de sintomas depressivos entre pacientes internados num hospital universitário Prevalence of depressive symptoms among inpatients at a university hospital
Authors	Oliveira, Juliana Cunha, Erick Machado, Mariana Ribeiro Mansilla, Karla Oliva-Costa, Edméa Melo, Enaldo
Date Submitted	03-Sep-2017