

ELDER YANAZE ODA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM HISTÓRIA PRÉVIA DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
2005**

ELDER YANAZE ODA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM HISTÓRIA PRÉVIA DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Leticia Maria Furlanetto

FLORIANÓPOLIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

2005

Oda, Elder Yanaze.

Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico, internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC / Elder Yanaze Oda. – Florianópolis, 2005.
28p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. Sintomas Depressivos
 2. Acidente Cerebrovascular
 3. Pacientes Internados
 4. Hospitais Gerais
- I. Título

“Todas as doenças têm seu princípio em algumas das três substâncias: Sal, Enxofre ou Mercúrio; isto quer dizer que podem ter sua origem no domínio da matéria, na esfera da alma, ou no reino do espírito. Se o corpo, a alma e a mente estão em perfeita harmonia, uns com os outros, não existe nenhuma discordância; mas se se origina uma causa de discordância em um destes três planos, isto se comunica aos demais.”

(Paracelso)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Paulo e Cecília, que através de seus esforços tornaram meus sonhos em reais possibilidades, que agora começam a se concretizar. Minha gratidão expressa em poucas linhas não é capaz de dizer o quanto os admiro.

Ao meu irmão, Aldo, por conseguir tornar as coisas mais simples e pelo seu constante otimismo.

À minha orientadora, professora Letícia Maria Furlanetto. Sua presença durante todos esses anos no LETH foi fundamental para minha formação acadêmica. Sua paciência, sensibilidade e empenho tornaram esse trabalho viável.

Aos meus amigos da Med 99-2, principalmente a Kelly, Daniela e Roberta, que serão presenças indispensáveis pelo resto da minha vida. Durante esses anos da faculdade, não poderia ter tido melhor companhia.

A minha grande família (tios, tias, primos, primas) e, especialmente, ao meu avô Isao. Obrigado pelo apoio incondicional de todos. Tê-los por perto me traz segurança e tranquilidade.

A Beatriz, que nos últimos anos, tem sido uma companhia muito agradável e indispensável em todas as horas. Sua presença é sempre uma alegria para mim, “meu riso é tão feliz contigo”.

A todos os pacientes e familiares que tiveram a boa vontade de participar da pesquisa, de conversar comigo sobre assuntos tão pessoais, principalmente durante um período difícil, que é a hospitalização.

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico (AVE) internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), através da aplicação do Inventário Beck de Depressão (BDI).

Método: Todos os pacientes consecutivamente internados, entre outubro de 2004 a fevereiro de 2005, foram questionados na primeira semana de internação sobre história prévia de AVE e tiveram seus prontuários revisados. Dos 41 pacientes com história positiva para tal doença, excluíram-se 17 que não conseguiram responder às perguntas por prejuízo cognitivo ou incapacidade física (decorrente ou não do AVE). Foram colhidos dados sociodemográficos e clínicos e aplicado o BDI. Foi descrita a frequência de todos os sintomas depressivos (21 itens do BDI), mas para o cálculo da prevalência, foi utilizada a sub-escala cognitivo-afetiva (13 primeiros itens do BDI), com ponto de corte acima de 10 pontos.

Resultados: A amostra (N = 24) foi composta predominantemente por mulheres (70,8%), brancas (95,8%), casadas/amasiadas (58,3%) e com renda familiar de até dois salários mínimos (50%). A média de idade \pm desvio padrão (DP) foi de 52,3 \pm 12,9 anos. Dos pacientes entrevistados, 25% apresentaram sintomas depressivos moderados a graves (BDI-13 > 10 pontos). Os sintomas cognitivo-afetivos mais prevalentes foram irritabilidade (33,3%), indecisão (33,3%), choro fácil (29,2%), anedonia (25%) e autopunição (25%).

Conclusão: Um em cada quatro pacientes com história prévia de AVE apresentou sintomas depressivos moderados a grave.

Palavras-chave: Sintomas Depressivos; Acidente Cerebrovascular; Hospitais Gerais; Pacientes Internados.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depressive symptoms in medical inpatients with previous history of stroke at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC), using the Beck Depressive Inventory (BDI).

Method: In a transversal study, at the general medical wards of the HU-UFSC, we accessed all consecutive inpatients with previous history of stroke during their first week of admission, between October/2004 and February/2005. Of the 41 patients with previous history of stroke, 17 were excluded because of cognitive or physical impairment (due or not to the stroke) that disabled them to answer the questions. Sociodemographic and clinical data were collected by interview and by chart. We described the frequencies of the 21 items of the BDI. In order to determine the prevalence, we used the cognitive-affective subscale (first 13 items of the BDI), with a cutoff point > 10.

Results: The sample was composed by 24 patients, predominately women (70.8%), white (95.8%), married (58.3%), with a familiar income less or equal than 2 minimum wage. The mean age \pm Standard Deviation (SD) was $52,3 \pm 12,9$ years. Twenty-five percent of the patients presented moderate to severe depressive symptoms (BDI-13>10 points). The more frequent symptoms were irritability (33,3%), indecision (33,3%), easy crying (29,2%), lack of pleasure (25%), and self-punishment (25%).

Conclusion: One in four patients with previous history of stroke presented moderate to severe depressive symptoms.

Key-words: Depressive Symptoms; Stroke; Medical Inpatients; General Hospital.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
SUMÁRIO.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	4
3 METODOLOGIA.....	5
3.1 Desenho.....	5
3.2 Local.....	5
3.3 Amostra.....	5
3.3.1. Critérios de inclusão.....	5
3.3.2. Critérios de exclusão.....	5
3.4 Procedimentos.....	5
3.5 Instrumento.....	6
3.6 Análise Estatística.....	7
3.7 Aspectos Éticos.....	7
4 RESULTADOS.....	8
4.1 Descrição da amostra.....	8
4.2 Prevalência de sintomas depressivos.....	10
5 DISCUSSÃO.....	12
6 CONCLUSÃO.....	15
NORMAS ADOTADAS.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
APÊNDICE.....	19

1 INTRODUÇÃO

Doenças cerebrovasculares são aquelas decorrentes de distúrbios dos sistemas circulatórios arterial ou venoso ou de seu conteúdo que resultam em lesões no sistema nervoso central. O termo acidente vascular encefálico (AVE) descreve a lesão neurológica funcional, que se expressa através de sinais e sintomas cerebrais focais, de forma aguda e prolongada, durando desde dias a toda vida.¹

Sabe-se que é uma doença com alta taxa de mortalidade e constitui hoje a terceira causa de morte no mundo, ficando atrás apenas da doença cardiovascular e do câncer, de modo que no primeiro ano após o evento, a taxa de mortalidade está estimada entre 15% e 25%.^{2,3}

Tão importante quanto a mortalidade, é a sua morbidade, uma vez que as seqüelas da doença podem limitar de modo significativo o desempenho funcional do paciente. Cerca de 21% a 54% de seus sobreviventes mantêm algum grau de incapacidade após o evento. Essa incapacidade repercute negativamente nas suas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, no seu modo de viver, o que resulta numa pior qualidade de vida, além de gerar uma grave repercussão social e econômica.⁴

Essas limitações não são determinadas apenas pelo déficit neurológico em si; sabe-se hoje que o AVE implica também em alterações neuropsiquiátricas como a depressão pós-AVE, distúrbios de ansiedade, psicose, além de alterações na expressão do humor (reação catastrófica e afeto patológico).⁵ Dentre esses agravos, a depressão é considerada a complicação pós-AVE mais prevalente.⁶

Assim, é freqüente que o paciente que sofreu AVE venha a apresentar sintomas depressivos. Estes podem ser caracterizados como sentimentos psicopatológicos de tristeza, com ou sem repercussão no humor (emoção difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo paciente). Pode também fazer parte de uma síndrome mais complexa (síndrome depressiva) e até de uma doença (transtorno do humor) ou, então, apresentar-se isoladamente, como uma reação a uma situação adversa (transtorno de ajustamento). Geralmente, o paciente pode expressá-los como um sentimento de tristeza, solidão, auto-reprovação, culpa, baixa concentração, indecisão e baixa auto-estima, associado a sinais que incluem retardo psico-motor ou, menos freqüente, agitação, afastamento do contato social, perda/aumento do apetite e/ou insônia/hipersonia.⁷

Numa tentativa de esclarecer a origem dos sintomas depressivos, alguns autores sugerem que transtornos depressivos em pacientes que sofreram AVE são uma reação

adaptativa à nova realidade, como por exemplo a incapacidade de realizar atividades diárias e a dependência de cuidadores para estas tarefas, ou seja, relacionada à incapacidade funcional decorrente da doença neurológica.^{8,9} Outros acreditam haver uma causa orgânica subjacente. Este segundo modelo é defendido por Folstein et al.¹⁰ em um estudo que mostrou que a depressão é mais comum em pacientes pós-AVE que em pacientes ortopédicos com limitação física semelhante.¹⁰

Além de ser uma comorbidade muito frequente no período pós-AVE, a depressão também é relacionada a um pior prognóstico.⁶ Chemerinski et al. evidenciaram que, num grupo de pacientes vítimas de AVE que tinham depressão (maior ou menor) no início do seguimento, aqueles que apresentaram remissão da sintomatologia depressiva nos primeiros meses tinham uma melhor recuperação nas atividades de vida diária.¹¹

Desse modo, a determinação da prevalência de sintomas depressivos nos pacientes que sofreram AVE tem despertado cada vez mais o interesse de pesquisadores, uma vez que ela ainda não foi bem determinada. Estudos recentes desenvolvidos mundialmente, demonstram que a incidência de distúrbios depressivos pós-AVE variam de 6%¹² a cerca de 40%.¹³⁻¹⁵

Estes números dependem de alguns fatores, que podem ser agrupados como: 1) aqueles relacionados a doença em si e 2) aqueles relacionados a heterogeneidade metodológica adotada nesses trabalhos. Dentre os fatores relacionados a doença, podemos citar: a capacidade de executar atividades diárias e sociais,¹⁶ especialmente capacidades como deambulação e fonação,¹⁷ história prévia de depressão,¹³ idade,^{13, 18} acesso a programas de reabilitação.¹⁹ Dentre os fatores relacionados ao desenho do estudo, observa-se que a prevalência de depressão varia de acordo com o instrumento utilizado para aferição ou o que está se considerando depressão (sintomas depressivos, transtorno depressivo maior ou menor). Além disso, o tempo decorrente após o AVE e o tipo de amostra (população geral, hospitalizada, de centros de reabilitação) influenciam na presença ou não de sintomas depressivos nesses pacientes.²⁰

Corroborando com o que foi dito acima, uma revisão sistemática realizada por Robinson mostrou que de acordo com a população estudada (pacientes da comunidade, internados na fase aguda do AVE, em hospital de reabilitação ou ambulatório), a prevalência de depressão variou de 16 a 72%.²¹ Quando analisada uma população de características semelhantes, a prevalência também variou sobremaneira dependendo do instrumento utilizado. Por exemplo, na população de pacientes internados na fase aguda do AVE, esse número variou de 21%, quando utilizado a Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), a

47%, ao ser usado os critérios do Manual Estatístico e Diagnóstico para Doenças Mentais (DSM-III) para depressão maior ou menor.²¹

Apesar de existirem vários trabalhos realizados mundialmente, não foram encontrados artigos realizados no Brasil que analisassem a prevalência de sintomas depressivos ou depressão em pacientes que sofreram AVE.

Portanto, as evidências presentes indicam que o AVE é uma doença muito prevalente, tem como conseqüência uma alta morbi-mortalidade e que a presença de depressão influi em muito na recuperação do paciente. Somado ao fato de que são escassos os estudos realizados no Brasil que descrevam a prevalência de sintomas depressivos nesse grupo de paciente, é de grande valor que se determine a sua prevalência em nosso meio.

2 OBJETIVOS

Descrever a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que tenham história prévia de Acidente Vascular Encefálico (AVE), através da aplicação do Inventário Beck de Depressão (BDI)

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho

Foi realizado um estudo observacional transversal.

3.2 Local

Este estudo foi feito nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). A enfermaria de adultos é constituída pelas Clínicas Médicas 1, 2 e 3, e atende pacientes provenientes da grande Florianópolis e também de outras localidades do estado de Santa Catarina.

3.3 Amostra

A amostra foi composta por pacientes adultos internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, selecionados de acordo com os critérios abaixo:

3.3.1 Critérios de inclusão

Todos os pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC no período compreendido entre outubro de 2004 a fevereiro de 2005 foram questionados na primeira semana de internação sobre a presença ou não de história prévia de AVE e tinham seu prontuário revisado, buscando-se tal dado. Caso houvesse história positiva para AVE, o paciente era convidado para participar da pesquisa.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Paciente com idade inferior a 18 anos;
- Pacientes que não conseguiram participar da entrevista devido a alguma condição física, decorrente ou não do AVE (por exemplo: afasia, surdez, dispnéia intensa, prejuízo cognitivo)
- Paciente que recusaram em participar

3.4 Procedimentos

Foram selecionados para a pesquisa todos os pacientes internados consecutivamente de outubro de 2004 a fevereiro de 2005 nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, que tinham história prévia de AVE e que não preenchiam nenhum critério de exclusão.

Para detectar os casos de história de AVE, foram revisados todos os prontuários assim como os pacientes foram questionados através de perguntas diretas se sabiam o que significava o termo “derrame”. Caso a resposta fosse positiva, era perguntado se o paciente já teve tal condição e era pedido para que ele explicasse melhor o acontecido. O primeiro autor usou julgamento clínico associado às informações do prontuário para considerar se o caso era de história prévia de AVE ou não.

Os pacientes eram então esclarecidos sobre a natureza e objetivos da pesquisa e convidados para dela participar. Aqueles que aceitavam, assinavam o consentimento esclarecido e foram entrevistados dentro de uma semana de internação. Na entrevista foram questionados sobre dados sócio-demográficos e história clínica e, então, aplicado o BDI.

3.5 Instrumento

O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi elaborado com o intuito de medir os sintomas depressivos em adolescentes e adultos, tornando possível quantificar e comparar o nível dos sintomas depressivos em diversos estudos realizados ao redor do mundo.²²

O questionário é composto de 21 itens referentes a alterações relacionadas à depressão, tanto no campo cognitivo-afetivo (itens 1 a 13), quanto no somático (14 a 21). São avaliados, então, os seguintes parâmetros: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia*, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Em cada um desses itens, o paciente pode pontuar de 0 a 3 pontos, de acordo com a intensidade do sintoma, podendo ao final do teste fazer de 0 a 63 pontos, sendo 0 a ausência de sintomas e 63 o grau máximo de sintomas depressivos.²²

Além de ser usado para determinar o grau de sintomas depressivos, o BDI vem sendo usado também como rastreamento de depressão. A versão em português mostrou-se válida quando utilizada em sujeitos brasileiros²³ e também na amostra específica de pacientes brasileiros internados em enfermarias de Clínica Médica.²⁴

3.6 Análise estatística

Para a análise estatística, foi utilizado como ponto de corte pontuações maiores que 10, quando analisados somente os 13 primeiros itens do BDI (BDI-13), correspondentes a sub-escala cognitivo-afetiva. Quando utilizados todos os 21 itens da escala (BDI-21), que incluem sintomas somáticos, utilizou-se >14 como ponto de corte.

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão.

Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 10.0 para Windows.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os médicos assistentes foram avisados quando houve diagnóstico de sofrimento psíquico que pudesse ser reduzido através de tratamento específico.

* Anedonia; perda do interesse e prazer em tudo ou quase tudo.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

A amostra total de pacientes com história de AVE foi composta por 41 pacientes. Desses, 17 preenchiam algum critério de exclusão: 12 pacientes estavam afásicos no momento da entrevista (70,6%), 3 apresentavam algum grau de déficit cognitivo (17,6%), 1 estava em coma (5,9%) e 1 era portador de deficiência auditiva (5,9%).

A amostra de pacientes incluídos no estudo foi composta por 24 pacientes. Desses, a grande parte era do sexo feminino (17 pacientes, equivalendo a 70,8% do total), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $52,6 \pm 12,9$ anos, idade mínima 31 anos e máxima de 73 anos. Quanto a etnia, 23 consideravam-se brancos e apenas um, pardo. A maioria deles eram casados ou viviam uma união estável, somando 14 pacientes (58,3%). O tempo decorrente do AVE variou de 1 a 173 meses, com média \pm desvio padrão de $32,4 \pm 49,7$ meses e mediana de 5 meses. Dos 24 pacientes, a maioria (62,5%) teve o evento há menos de 1 ano. As características da amostra podem ser vistas detalhadamente na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra incluída (N = 24)

Características	N (24)	%
Sexo		
Masculino	7	29,2
Feminino	17	70,8
Idade (anos)		
30 a 60	15	62,5
> 60	9	37,5
Estado Civil		
Casado (a)/ união estável	14	58,3
Solteiro (a)	4	16,7
Separado (a)	3	12,5
Viúvo (a)	3	12,5
Renda familiar (salários mínimos)		
<2	12	50
2 a 4	2	8,3
5 a 6	3	12,5
>6	1	4,2
Não sabe/omitiu informação	6	25
Escolaridade (anos)		
0	1	4,2
1 a 5	14	58,3
6 a 10	5	20,8
>10	4	16,7
Tempo do AVE (meses)		
≤12	15	62,5
>12	9	37,5

4.2 Prevalência dos sintomas depressivos

Dos 24 pacientes entrevistados, 6 (25%) apresentaram BDI-13 acima de 10 pontos, configurando então, sintomatologia depressiva moderada a grave. Ao utilizar o BDI-21, que inclui as manifestações somáticas da depressão, e tomando 14 como ponto de corte, 11 pacientes (45,8%) mostraram sintomas significativos.

Quando analisado cada item separadamente, podemos observar que, na sub-escala cognitivo-afetivo, houve uma maior prevalência de respostas condizentes a sintomas moderados a grave nos itens que correspondem a irritabilidade (33%), indecisão (33%), choro fácil (33,3%), autopunição (25%) e anedonia (25%), como pode ser visto na **Tabela 2**. Já dos sintomas somáticos, dificuldade no trabalho (41,7%), falta de energia (37,5%), falta de apetite (37,5%) e preocupação somática (37,5%) foram os mais frequentes (**Tabela 2**).

Tabela 2: Presença de sintomas depressivos de acordo com o BDI*

Sintomas	Ausente a leve [†]	Moderado a grave [‡]
	n (%)	n (%)
Cognitivo-afetivos		
Tristeza	22 (91,7)	2 (8,3)
Desesperança	22 (91,7)	2 (8,3)
Sensação de fracasso	20 (83,3)	4 (16,7)
Anedonia	18 (75,0)	6 (25,0)
Culpa	22 (91,7)	2 (8,3)
Sentimento de punição	20 (83,3)	4 (16,7)
Autodepreciação	22 (91,7)	2 (8,3)
Autopunição	18 (75,0)	6 (25,0)
Ideação suicida	24 (100)	0 (0,0)
Choro fácil	17 (70,8)	7 (29,2)
Irritabilidade	16 (66,7)	8 (33,3)
Retração social	19 (79,2)	5 (20,8)
Indecisão	16 (66,7)	8 (33,3)
Somáticos		
Mudança na imagem corporal	19 (79,2)	5 (20,8)
Dificuldade no trabalho	14 (58,3)	10 (41,7)
Distúrbio do sono	19 (79,2)	5 (20,8)
Falta de energia	15 (62,5)	9 (37,5)
Falta de apetite	15 (62,5)	9 (37,5)
Perda de peso	19 (79,2)	5 (20,8)
Preocupação somática	15 (62,5)	9 (37,5)
Perda da libido	17 (70,8)	7 (29,2)

*BDI: Inventário Beck de Depressão

[†] Ausente a leve: pontuação de 0 ou 1 no item em questão

[‡] Moderado a grave: pontuação de 2 ou 3 no item em questão

5 DISCUSSÃO

Cerca de 25% dos pacientes com história de AVE apresentaram algum grau de sintomatologia depressiva moderada a grave, isto é, alcançaram uma pontuação no BDI-13 acima de 10. Comparando esse número com os presentes na literatura recente, observamos que está dentro do esperado, uma vez que Robinson em sua revisão encontrou uma prevalência de 21 a 47% de depressão ou sintomas depressivos entre pacientes internados por AVE.²¹

Dois estudos utilizando o BDI encontraram valores de prevalência próximos do nosso. Em 1999, Kellermann et al. realizaram um trabalho de detecção de sintomas depressivos em pacientes com história de AVE ocorrido há menos de 1 semana. Nesse contexto, utilizando os 13 primeiros itens do BDI, cerca de 20% dos pacientes apresentaram BDI>10 e 5%, acima de 15. Ainda, observaram que o BDI era mais alto naqueles pacientes incapacitados para andar e nos afásicos.¹⁷

Do mesmo modo, em 2003, Berg et al. ao fazer o seguimento de 100 pacientes após o primeiro episódio de AVE isquêmico, viram que a prevalência de sintomas depressivos medidos através do BDI variou da seguinte maneira: 27% na fase aguda, 29% aos 2 meses, 23% aos 6 meses, 24% aos 12 meses e 24% aos 18 meses. Vale lembrar que da amostra inicial, foram excluídos aqueles com idade acima de 70 anos, história de abuso de álcool, demência, psicose, terapia antidepressiva atual ou doença severa concomitante, o que pode interferir significativamente nos resultados alcançados.²⁵

Por sua vez, Kim et al. utilizando também o BDI viram que dos 148 pacientes, avaliados num período que variou de 2 a 4 meses após o AVE, apenas 15% apresentavam sintomatologia depressiva significativa (BDI-21>14).⁴ Esse baixo percentual pode ser atribuído ao fato de que foram excluídos dessa amostra pacientes com história prévia de depressão, uma vez que, história positiva para esse distúrbio do humor tem sido relacionada a um risco 2,3 vezes maior de desenvolver depressão pós-AVE.^{6, 13}

Quando avaliados através de outros instrumentos, a presença ou não de sintomas depressivos pode ter valores um pouco diferentes do que o nosso. Por exemplo, em 2000, Singh et al. analisaram pacientes internados com AVE na fase aguda e encontraram um índice de aproximadamente 36%. Porém, foi utilizado neste estudo a combinação de duas escalas: uma de avaliação objetiva, o Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

(MADRS), e uma de avaliação subjetiva dos sintomas depressivos, o Zung Self-Rated Depression Scale (SDS).⁸

Ao analisar separadamente cada item do BDI-13, observou-se que as queixas mais prevalentes foram relacionadas a dificuldade em tomar decisões, irritabilidade, choro fácil, auto-punição e falta de prazer nas coisas. Este último item, correspondente à anedonia, é considerada um forte preditor para doença depressiva, tanto que é considerado um critério maior para diagnóstico de transtorno depressivo pelo Manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais (DSM-IV).²⁶ Dos 24 pacientes entrevistados, 25% deles tinham resposta positiva para esse item, número que coincide com o de pacientes com BDI-13>10. Curiosamente, nenhum paciente referiu ideação suicida, talvez pelo aspecto cultural que esse tema carrega.

No presente trabalho, algumas limitações devem ser mencionadas, principalmente àquelas relacionadas com a seleção dos pacientes avaliados: 1) A história prévia de AVE foi considerada positiva nos pacientes que tinham tal fato mencionado no prontuário ou que tivessem história clínica positiva para AVE, diferente de outros estudos, que definiam os casos de AVE através de exames de imagem. Contudo, os pacientes só foram considerados como tendo história de AVE após ser feitos julgamento clínico com os dados obtidos; 2) Neste estudo, o tempo decorrente do AVE não foi controlado, variando sobremaneira. Apesar do estudo de Berg et al. mostrar que a prevalência de sintomas depressivos variou pouco nos 18 meses de seguimento²⁵, a revisão realizada por Terroni et al., mostrou que esse número varia significativamente dependendo do período pós-AVE.⁶ Como a maior parte de nossos pacientes tinham menos de 1 ano de AVE, saber a prevalência nesse é muito importante para que sejam implementadas medidas precoces e, assim, evitar a cronificação da depressão; 3) A amostra foi composta por pacientes internados em enfermarias de Clínica Médica, em sua primeira semana de ingresso no hospital. Alguns itens do BDI, como alterações no padrão do sono, do apetite ou do peso, poderiam confundir com sintomas da doença de base ou mesmo estarem presentes na fase de adaptação do paciente às rotinas do hospital. Por isso, assim como Kellermann,¹⁷ em seu trabalho já citado, demos ênfase aos 13 primeiros itens da escala, que correspondem a sintomas cognitivo-afetiva, excluindo portanto os sintomas somáticos (8 últimos itens). Se utilizada a escala completa, incluindo os sintomas somáticos, a prevalência encontrada foi de 45,8%, um número muito mais elevado que os 25% encontrado ao usar o BDI-13; 4) Os critérios de exclusão utilizados pode ter alterado a real prevalência de sintomas depressivos nos pacientes pós-AVE, já que não entraram na amostra pacientes afásicos, que em outro estudo mostrou ter uma prevalência de sintomas depressivos maiores que nos não-afásicos.¹⁷ Por isso, ressaltamos que os pacientes afásicos

foram excluídos, não por descartarmos a presença de sintomas depressivos nestes, mas sim pela inviabilidade da aplicação do BDI. Caso fossem incluídos, talvez a prevalência de sintomas depressivos teria sido um pouco mais elevada. Vale ressaltar também que escalas para avaliação psiquiátrica, tais como o BDI, não fazem diagnóstico de doença, uma vez que este é eminentemente clínico. Essas escalas são úteis para rastreamento da doença e para se estimar sua prevalência, considerando-se sempre que os números obtidos através delas são maiores que a frequência real.

A prevalência de 25% encontrada no presente estudo mostra que sintomas depressivos são comuns em pacientes que sofreram AVE. Por isso, profissionais da área da saúde devem estar atentos para sinais ou sintomas sugestivos de depressão nesses pacientes, para que um tratamento adequado seja instituído, uma vez que a presença de depressão está relacionada a um pior prognóstico.^{9,11}

Outros aspectos da associação entre AVE e depressão ainda permanecem obscuros e compõe um vasto campo de pesquisa. Por exemplo, ainda é incerto se o diagnóstico precoce da depressão melhora o prognóstico da recuperação do AVE e se existe alguma medida que previna o aparecimento de depressão no período pós-AVE. Estudos sobre essa comorbidade são então necessários para que se haja progressos no ensino sobre o tema e, principalmente, na qualidade de vida desses pacientes.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos moderados a graves avaliados através do BDI-13 em pacientes com história de AVE internados em enfermarias de Clínica Médica o HU-UFSC foi de 25%. Os sintomas cognitivo-afetivos mais prevalentes foram irritabilidade (33,3%), indecisão (33,3%), anedonia (25%) e autopunição (25%).

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução nº 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreoli T, Bennet J, Carpenter C, Plum F. Cecil Medicina Interna Básica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1997.
2. Bays CL. Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs* 2001;33(6):310-6.
3. Carod-Artal J, Egido JA, Gonzalez JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke* 2000;31(12):2995-3000.
4. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location. *Neurology* 2000;54(9):1805-10.
5. Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics* 2000;41(1):5-14.
6. Terroni L, Leite C, Tinone G, Fraguas R, Jr. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(4):450-9.
7. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Compêndio de Psiquiatria*. 7th ed. Porto Alegre: ArtMed Editora; 1997.
8. Singh A, Black SE, Herrmann N, Leibovitch FS, Ebert PL, Lawrence J, et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke* 2000;31(3):637-44.
9. Gainotti G, Marra C. Determinants and consequences of post-stroke depression. *Curr Opin Neurol* 2002;15(1):85-9.
10. Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1977;40(10):1018-20.
11. Chemerinski E, Robinson RG, Kosier JT. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. *Stroke* 2001;32(1):113-7.
12. Palomaki H, Kaste M, Berg A, Lonnqvist R, Lonnqvist J, Lehtihalmes M, et al. Prevention of poststroke depression: 1 year randomised placebo controlled double blind trial of mianserin with 6 month follow up after therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66(4):490-4.
13. Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke* 1998;29(11):2311-7.

14. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllyla VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(12):1541-6.
15. Tang WK, Chan SS, Chiu HF, Ungvari GS, Wong KS, Kwok TC, et al. Poststroke Depression in Chinese Patients: Frequency, Psychosocial, Clinical, and Radiological Determinants. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2005;18(1):45-51.
16. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998;29(3):618-24.
17. Kellermann M, Fekete I, Gesztelyi R, Csiba L, Kollar J, Sikula J, et al. Screening for depressive symptoms in the acute phase of stroke. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(2):116-21.
18. MacHale SM, O'Rourke SJ, Wardlaw JM, Dennis MS. Depression and its relation to lesion location after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64(3):371-4.
19. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. *Stroke* 1998;29(2):368-72.
20. Ramasubbu R, Patten SB. Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *Can J Psychiatry* 2003;48(4):250-7.
21. Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):376-87.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
23. Gorenstein D, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depressive Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:453-457.
24. Furlanetto L, Mendlowicz M, Bueno J. The validity of Beck Depressive Inventory - Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord*. 2005. Aceito para publicação.
25. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression: an 18-month follow-up. *Stroke* 2003;34(1):138-43.
26. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

- 01- Nome:..... Pront:.....
 End:
N^o.....Apto:.....
 Cidade:.....UF:.....CEP:.....Tel:.....Cel:.....
- 02- Sexo: Masc Fem Idade:..... Data do Nasc.:/...../.....
- 03- Raça: Branca Parda Negra Amarela Outras
- 04- Estado Civil: Solteiro Casado/Amasiado Viúvo Separado/Divorciado
- 05- Escolaridade:anos Profissão:..... Aposentado? não sim
- 06- Renda Familiar:
- 07- Quando teve o AVE:/...../.....
-

BDI	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
TOTAL	

