



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Juliana Socorro Casqueiro

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
TUBERCULOSE PULMONAR EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE
DOENÇAS PULMONARES EM SALVADOR – BAHIA.**

SALVADOR

2013



Juliana Socorro Casqueiro

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
TUBERCULOSE PULMONAR EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE
DOENÇAS PULMONARES EM SALVADOR – BAHIA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
matéria Metodologia da Pesquisa no curso de
Graduação de Medicina da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública.

Orientação: Prof^a. Ieda Maria Barbosa Aleluia.

SALVADOR

2013

Dedico esse trabalho a meus pais e minha tia, pelo apoio incondicional, suporte emocional e eterno carinho. Vocês sempre serão meu exemplo, minha dádiva, força e fé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, por todo o carinho e compreensão que sempre emanaram, pelo exemplo de dedicação e esforço e também pelos abraços apertados que tanto me confortam. Gostaria de agradecer em especial à minha mãe, Marlene Socorro, meu maior exemplo de honestidade, confiança e fé – meu maior exemplo de mim. Obrigada, mãe, pelos conselhos e por ser uma inspiração na vida acadêmica. Agradeço imensamente a meu pai, Edemilson Casqueiro, meu espelho de superação, persistência e coragem. À minha tia Lícia, agradeço pelo apoio, pela amizade, pela maravilhosa companhia e também por me ensinar como sorrir, como ser feliz, apesar de.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, carinho e paciência: eu não seria nada sem vocês. Obrigada pelas risadas, conversas e também pelos sábios conselhos. Em especial, gostaria de agradecer a João Vitor, Rayana Valentim e Ricardo William, que me acompanham há 10 anos e me acompanharão por toda vida. Aos meus amigos da tutoria, agradeço pela enorme paciência, pelas brincadeiras, pelos momentos fantásticos que compartilhamos todos os dias. Aqui, um agradecimento especial: à Fifi, minha irmã canina, pelos melhores latidos, pelas mordidas e pelos fantásticos 16 anos de companhia.

Agradeço carinhosamente aos pacientes do Hospital Especializado Otávio Mangabeira pela colaboração, paciência e disponibilidade. Também tenho que agradecer pela força e sabedoria de cada um deles, presentes nas lágrimas e sorrisos. Aprendi muito com cada um deles e serei eternamente grata por tal.

Por último, gostaria de agradecer a Dra. Ieda Aleluia, tanto pela paciência e dedicação, quanto pelo exemplo de médica e ser humano que ela se tornou para mim. Obrigada pelos conselhos e pelos cuidados, pelo carinho e abraços em momentos de desespero.

É necessário ter o caos aqui dentro para gerar uma estrela.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS PULMONARES EM SALVADOR – BAHIA.

A Tuberculose é uma doença crônica que tem alta prevalência e mortalidade no mundo. As dificuldades no controle desta em alguns países, como o Brasil, estão relacionadas à alta prevalência da doença e também à epidemia do HIV, aliados a uma assistência deficitária à saúde e também à vulnerabilidade da população em geral. Além disso, a história da Tuberculose está associada a vários ícones, como a hemoptise, o isolamento, o longo tratamento, o preconceito e a rejeição, que levam a um processo de não aceitação da doença e interferem no cuidado ao paciente. Há uma maior prevalência de ansiedade e Depressão em pacientes com doenças pulmonares crônicas, que pode ser explicada nesse contexto de dependência, isolamento social e tratamento exaustivo. Existem poucos trabalhos na literatura sobre a relação entre Tuberculose e Depressão, tornando necessária a realização de um estudo específico, pois pode haver grande necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico para os pacientes. OBJETIVO: calcular a prevalência de Depressão em pacientes com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar e elucidar os diferentes graus de Depressão encontrados. METODOLOGIA: Estudo transversal realizado de abril a agosto de 2013. Foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) em pacientes de um hospital de referência em doenças pulmonares em Salvador. Os resultados foram analisados utilizando-se o SPSS. As variáveis foram comparadas através do Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, conforme se aplicou. RESULTADOS: Foram entrevistados 47 pacientes, 25 (53,2%) do sexo feminino e 22 (46,8%) do sexo masculino. À aplicação do BDI, 85,1% apresentaram algum grau de Depressão, sendo 48,9% Depressão leve a moderada, 29,8% moderada a severa e 6,4% Depressão severa. Não houve diferença entre os graus de Depressão em relação ao sexo, o teste Q-quadrado de Pearson revelou um valor de $p > 0,05$ (0,348). CONCLUSÃO: Foi constatada grande prevalência de Depressão em pacientes com Tuberculose, evidenciando a necessidade de um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico para esses pacientes.

Palavras-chave: Tuberculose, Tuberculose pulmonar, Depressão.

ABSTRACT

STUDY OF PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN A REFERENCE HOSPITAL OF PULMONARY DISEASE IN SALVADOR - BAHIA.

Tuberculosis is a chronic disease that has a high prevalence and mortality worldwide. The difficulties in controlling this in some countries, like Brazil, are related to the high prevalence of the disease and also to the HIV epidemic, combined with a deficient health system and also the vulnerability of the general population. Moreover, the history of tuberculosis is associated with several icons, such as hemoptysis, isolation, long treatment, prejudice and rejection, leading to a process of non-acceptance of the disease and interferes with patient care. There is a higher prevalence of anxiety and depression in patients with chronic lung diseases, which can be explained in this context dependency, social isolation and thorough treatment. There are a few studies about the relationship between TB and depression, making it necessary to carry out a specific study; there may be great need for psychological and/or psychiatric treatment for patients. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of depression in patients with Pulmonary Tuberculosis and elucidate the different degrees of depression founded. **METHODS:** Cross-sectional study conducted from April to August 2013. We used the Beck Depression Inventory (BDI) in patients at a referral hospital for pulmonary diseases in Salvador. The results were analyzed using SPSS. Variables were compared using the Chi-square or Fisher's exact test, as applied. **RESULTS:** We interviewed 47 patients, 25 (53.2 %) females and 22 (46.8 %) were male. The implementation of the BDI, 85.1 % had some degree of depression, 48.9 % with mild to moderate depression, 29.8 % moderate and 6.4 % severe to severe depression. There was no difference between the levels of depression in relation to sex, the test Q-square test revealed a value of $p > 0.05$ (0.348). **CONCLUSION:** We found a high prevalence of depression in patients with tuberculosis, highlighting the need for psychological counseling and/or psychiatric treatment for these patients.

Keywords : Tuberculosis, Pulmonary tuberculosis, Depression .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Distribuição proporcional da população (n = 47) de acordo com o diagnóstico de Depressão, Salvador, Bahia, 2013.

Gráfico 2. Distribuição proporcional da população com Depressão (n = 40) de acordo com o sexo, Salvador, Bahia, 2013.

Gráfico 3. Distribuição proporcional da população (n = 47) de acordo com os diferentes graus de Depressão em relação ao sexo, Salvador, Bahia, 2013.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada (n=47), Salvador, Bahia, 2013.

Tabela 2. Distribuição proporcional da população estudada (n=47) de acordo com o grau de Depressão em relação à variáveis socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013.

Tabela 3. Distribuição proporcional da população (n=47) de acordo com a presença de Depressão em relação às características socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013.

Tabela 4. Distribuição proporcional da população (n=47) de acordo com a presença de Depressão moderada ou severa em relação às variáveis socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013.

Tabela 5. Distribuição proporcional da população (n=47) de acordo com as respostas do BDI em relação ao grau de Depressão, Salvador, Bahia, 2013.

SUMÁRIO

I.Introdução.....	10
II.Objetivos.....	13
III.Metodologia.....	14
IV.Resultados	17
V.Discussão.....	26
VI. Conclusão.....	30
Referências.....	31
Anexo I.....	33
Apêndice I.....	38
Apêndice II.....	39

I. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença crônica que, apesar de ter tratamento disponível e eficaz desde a década de 60, tem alta prevalência e mortalidade no mundo. Sabe-se que um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que, em 2010, a estimativa de novos casos de Tuberculose no mundo era de 8,8 milhões, equivalente a um incidência de 128/100.000 habitantes. Vinte e dois países são responsáveis por 81% de todos os casos de Tuberculose no mundo, sendo os cinco primeiros a Índia (um quarto dos casos), China, África do Sul, Indonésia e Paquistão. O Brasil está em 17º lugar nesse *ranking*. No Brasil, estima-se que cerca de 57 milhões de pessoas estão infectadas pelo *M. tuberculosis*, sendo que, anualmente, são notificados 85 mil casos, 71 mil desses são casos novos, com uma incidência de 37,2/100.000 habitantes¹.

Atualmente a epidemiologia da Tuberculose está intimamente relacionada com a co-infecção com o HIV, principalmente depois da década de 80, quando houve a disseminação do vírus¹. Com exceção da candidíase oral, a Tuberculose é a doença oportunista mais frequente em pacientes com HIV² - A interação sinérgica das duas patologias faz com que a infecção pelo HIV seja o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento da Tuberculose. O aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da TB, particularmente em países com alta prevalência dessa doença². No Brasil, a incidência da Tuberculose em pacientes HIV positivos é 30 vezes maior do que a média nacional.¹

As dificuldades no controle da TB em alguns países, como o Brasil, estão relacionadas à alta prevalência da doença e também à epidemia do HIV, aliados a uma assistência deficitária à saúde e também à vulnerabilidade da população em geral². Em países desenvolvidos, as pessoas idosas, as minorias étnicas e a população de imigrantes são os mais atingidos, enquanto nos países em desenvolvimento as populações que vivem em situação de pobreza, baixa escolaridade, confinamento e moram nas ruas ou usam drogas – indivíduos marginalizados e sem acesso aos serviços de saúde – são os mais acometidos¹.

Esses números são alarmantes considerando-se que a Tuberculose é uma doença que tem cura, e evidenciam a necessidade de rever estratégias de controle. Uma das principais causas dessa situação é a não completude do esquema terapêutico, com abandonos frequentes e uso inadequado dos medicamentos, possivelmente vinculado às reações adversas do tratamento e sua longa duração; à melhora clínica nos primeiros meses de tratamento; às dificuldades para o comparecimento às unidades de saúde; à não aceitação da doença; e às falhas no próprio programa de controle à Tuberculose.³

A não aceitação da doença se relaciona com a história da Tuberculose, que está atrelada a vários ícones e representações sociais que incluem objetos, procedimento e outros elementos que a sociedade, ainda hoje, preserva na lembrança.⁴ Durante a primeira metade do século XX, a Tuberculose foi caracterizada pelas elevadas taxas de mortalidade, uma das principais nas capitais brasileiras, e sua transmissão estava intimamente relacionada com o medo do contato. Alguns ícones marcam a doença, como a figura dramática do isolamento e morte nos sanatórios instalados em montanhas por vezes referidas como mágicas. A hemoptise, o jorro de sangue pelo nariz, prenúncio tardio da morte iminente. O número trinta e três, pronunciado com expectativa e ansiedade, ao frio contato do estetoscópio. O pneumotórax e a toracoplastia, as temidas intervenções cirúrgicas.⁴ O estigma da doença leva pessoas que adquirem Tuberculose a sofrer não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos, sendo rejeitadas em seus relacionamentos sociais³.

Pacientes com pneumopatias, como a Tuberculose, podem sofrer grandes impactos funcionais devido ao acometimento psicogênico e somático, normalmente associados a admissão hospitalar e à dependência dos medicamentos e cuidados pessoais. Essa maior prevalência de ansiedade e Depressão em pacientes com doenças pulmonares crônicas, comparado com outras doenças, pode ser explicado nesse contexto de dependência, isolamento social e tratamento exaustivo⁵. Além disso, em relação à Tuberculose, sabe-se que o Etambutol, medicamento utilizado no Esquema Básico do tratamento desta patologia, está relacionado a casos de Depressão provocada por medicamentos⁶, assim como a Isoniazida também se relaciona com o aparecimento de distúrbios psiquiátricos, como a psicose e euforia⁷.

A Depressão maior é uma doença clinicamente complexa e de aspectos variáveis. De acordo com o DSM-IV, a Depressão é identificável quando, em um período mínimo de 2 semanas, o humor encontra-se deprimido ou há perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Também deve haver pelo menos quatro sintomas dentre os seguintes: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.⁸

É uma doença mais comum entre as mulheres, pessoas divorciadas ou separadas, vivendo sozinhas, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregados e morando em zonas urbanas.⁹ Na maior parte das vezes, o episódio depressivo é acompanhado de sofrimento e prejuízo de âmbito social, profissional ou outras áreas importantes na vida do indivíduo⁵, havendo grande perda social. Segundo Kay e Tasman (Psiquiatria – Ciência comportamental e fundamentos clínicos, 2002), os principais fatores de risco para o transtorno depressivo maior são: ocorrência de episódios depressivos prévios, histórico familiar de Depressão maior – principalmente em parentes de primeiro grau, histórico de tentativa de suicídio, sexo feminino, início antes dos 40 anos, período puerperal, ausência de suporte social, eventos de vida estressantes, abuso ativo de álcool ou substâncias ilícitas, doença clínica comórbida,⁶. A presença de doença crônica aumenta a disposição de distúrbios de humor e ansiedade. Normalmente, quanto mais grave a doença somática é, mais provável de ser acompanhada por sintomas variados de Depressão e ansiedade. A incapacidade de gerir esses problemas de saúde mental aumenta a probabilidade dos pacientes de sofrer de complicações, até mesmo letais⁵.

Visto que existem poucos trabalhos na literatura acerca da prevalência da Depressão em pacientes com Tuberculose, torna-se necessária a realização de um estudo que vise esclarecer a relação entre essas duas doenças, pois pode haver necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico para os pacientes que apresentem um quadro depressivo associado à doença crônica. Faz-se necessário também pelo fato do tratamento da Tuberculose se mostrar danoso e traumático ao paciente, muitas vezes levando ao abandono deste, o que leva a uma aceitação e adesão precárias ao tratamento.

II.OBJETIVOS

Objetivo geral:

1. Calcular a prevalência de Depressão não diagnosticada em pacientes com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar em um hospital público de referência da cidade do Salvador, Bahia.

Objetivos específicos:

1. Elucidar os diferentes graus de Depressão encontrados nos pacientes com Tuberculose pulmonar.
2. Verificar quais fatores associados à maior prevalência de Depressão nos pacientes entrevistados.

III.METODOLOGIA

Desenho:

Esse é um estudo analítico de corte transversal que ocorreu durante seis meses no hospital de referência de doenças pulmonares em Salvador – Bahia.

População de estudo:

Para estimar a prevalência do subdiagnóstico de Depressão moderada/grave entre pacientes portadores de Tuberculose pulmonar, foi realizado um cálculo amostral a partir de uma estimativa de 50% de prevalência¹⁰, na população portadora de Tuberculose Pulmonar na Bahia, a qual foi de 1128 indivíduos em 2010¹¹. Foi utilizado um alfa de 0.05 (intervalo de confiança de 95%) e aceita uma margem de erro de 5% para a estimativa de prevalência. O tamanho amostral necessário foi de 287 pacientes. Considerando uma taxa de perdas ou recusas de até 10%, pretendeu-se entrevistar 310 pacientes.

Critérios de Inclusão:

- A) Idade igual ou superior a 18 anos;
- B) Diagnóstico estabelecido de Tuberculose Pulmonar;

Critérios de Exclusão:

- A) Pacientes com diagnóstico de outras doenças pulmonares e/ou psiquiátricas
- B) Pacientes que já façam uso de medicação para tratamento de Depressão.

Coleta dos dados:

Para a realização das entrevistas foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que tem como objetivo de identificar Depressão e é considerado referência padrão para avaliação de Depressão, sendo um método validado e amplamente utilizado na literatura¹². Segundo essa ferramenta de rastreio, um escore entre 0-9 é normal, entre 10 e 16 é considerado Depressão leve a moderada, entre 17 e 29 Depressão moderada a severa e mais do que 30 Depressão severa¹².

Processamento e análise estatística:

As variáveis categóricas foram expressas através de suas proporções, as quais foram comparadas através do Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, conforme se aplicou. Calculou-se médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal, comparadas através do Teste T de Student para amostras independentes ou ANOVA, e medianas e quartis para as não-normais, comparadas através dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, conforme a aplicabilidade.

A determinação das variáveis independentemente associadas a Depressão, identificada pelo Inventário de Beck, foi realizada através de análise multivariada por regressão logística pelo método *backward stepwise*, com resultados expressos através de *Odds Ratios* e respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. As potenciais variáveis confundidoras identificadas pela análise univariada com valor *p* de até 0,10 foram incluídas nos modelos multivariados, além das variáveis gênero e idade.

Todos os testes foram bicaudados e foram considerados estatisticamente significantes resultados finais com valores de $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0, SPSS, Chicago, IL, USA).

Aspectos Bioéticos

O presente estudo respeitou os aspectos bioéticos conforme a resolução 196/2006 e a Declaração de Helsinque, assegurando ao paciente o direito de declinar sua participação, não oferecendo nenhum abono por esta e resguardando sua privacidade e individualidade, não sendo publicados nomes e informações pessoais que comprometam a integridade e firam os direitos dos pacientes. O risco desse estudo para o paciente foi mínimo, já que nenhuma intervenção de qualquer natureza foi realizada; pôde envolver talvez algum constrangimento por parte do diagnóstico, mas este pôde ser resolvido com a explicação do quadro e com o benefício, caso tenha a suspeita de diagnóstico de Depressão, de ser orientado quanto ao acompanhamento médico necessário. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram informações acerca do propósito do estudo e da sua aplicabilidade, havendo total transparência

acerca dos questionários e suas perguntas. Projeto aprovado pelo CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com o CAE 11823813.2.0000.5544.

IV. RESULTADOS

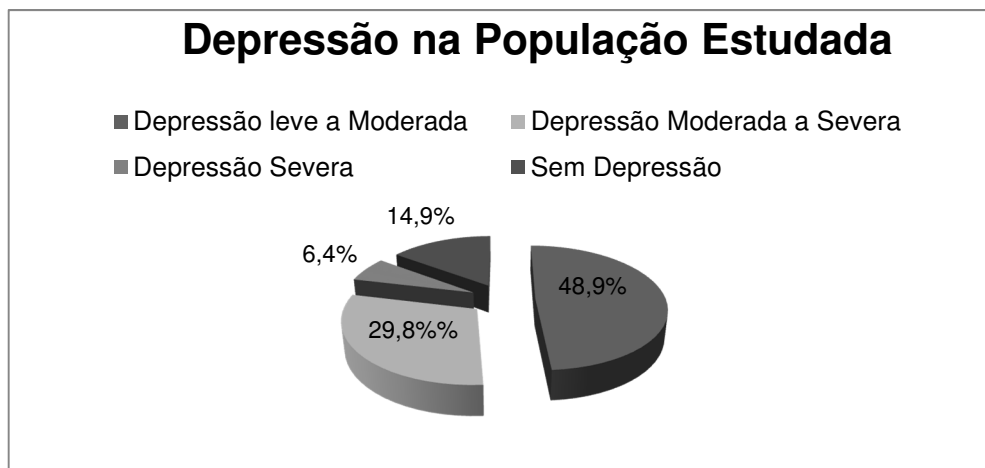
O nosso estudo está em andamento e, portanto, os resultados aqui expostos são considerados parciais. Foram entrevistadas 47 pessoas, sendo 25 (53,2%) do sexo feminino. A média de idade entre os entrevistados foi de $47 \pm 13,9$ anos. Três pessoas (6,4%) se declararam brancas, 25 (53,2%) se declararam pardas e 19 (40,4%) se declararam negras. Seis pessoas (12,8%) disseram ter nenhum estudo, 28 pessoas (59,6%) disseram ter ensino fundamental incompleto, 3 (6,4%) fundamental completo, 4 (8,5%) ensino médio incompleto, 5 (10,6%) ensino médio completo e 1 (2,1%) superior incompleto. A mediana de habitantes na residência foi de 3,0 com quartis 25 e 75 de 1,0 e 4,5 respectivamente. Trinta e uma pessoas (67,4%) disseram que a renda familiar era maior que 1 salário mínimo, sendo que, dessas pessoas, 28 (60,9%) disseram ser de 1 a 2 salários mínimos, 2 (4,3%) disseram ser de 3 a 4 salários mínimos e 1 (2,2%) disse ser de mais de 5 salários mínimos. Quinze pessoas (32,6%) disseram ter renda familiar de menos de um salário mínimo. Quarenta pessoas (87%) disseram morar em residência com saneamento básico. Trinta e oito pessoas (82,6%) expuseram ter coleta de lixo. Quarenta e duas pessoas (91,3%) disseram ter água encanada. (Tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada (n=47), Salvador, Bahia, 2013.

Variáveis	N (%)
Sexo masculino	22 (46,8)
Idade (média e DP)	$47,0 \pm 13,9$
Cor/Raça	
Branco	3 (6,4)
Pardo	25 (53,2)
Negro	19 (40,4)
Escolaridade	
Fundamental Completo ou mais	13 (27,7)
Inferior a Fundamental Completo	34 (72,3)
Habitantes na Residência (mediana e quartis)	3,0 (1,0-4,5)
Renda Familiar	
<1 salário mínimo	15 (32,6)
>1 salário mínimo	21 (67,4)
Saneamento	40 (87,0)
Coleta de Lixo	38 (82,6)
Água Encanada	42 (91,3)

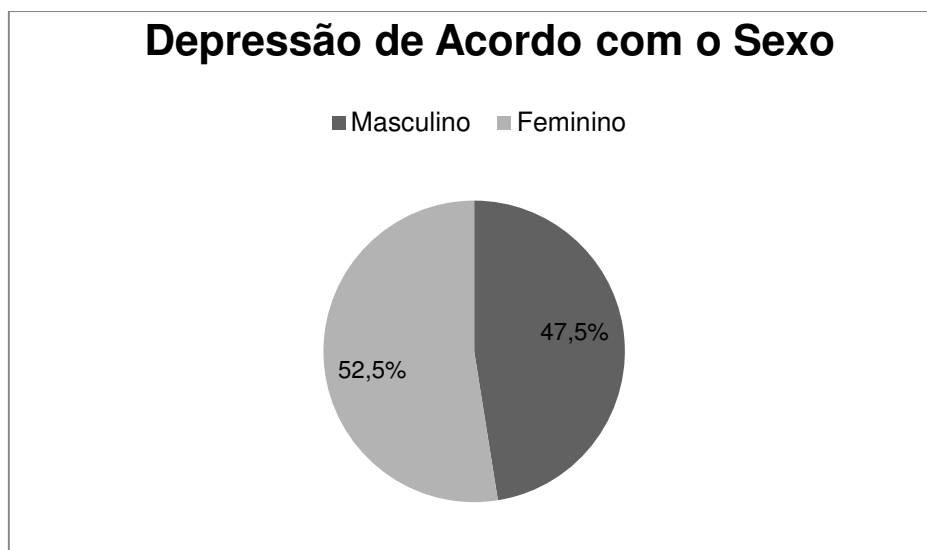
À aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI), constatou-se que 40 pessoas (85,1%) tinham algum grau de Depressão, sendo que 48,9% tinham Depressão leve a moderada, 29,8% Depressão moderada a severa e 6,4% Depressão severa. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Distribuição proporcional da população (n = 47) de acordo com o diagnóstico de Depressão, Salvador, Bahia, 2013.



Dentre as quarenta pessoas que apresentaram diagnóstico de Depressão, 21 (52,5%) eram do sexo feminino. (Gráfico 2)

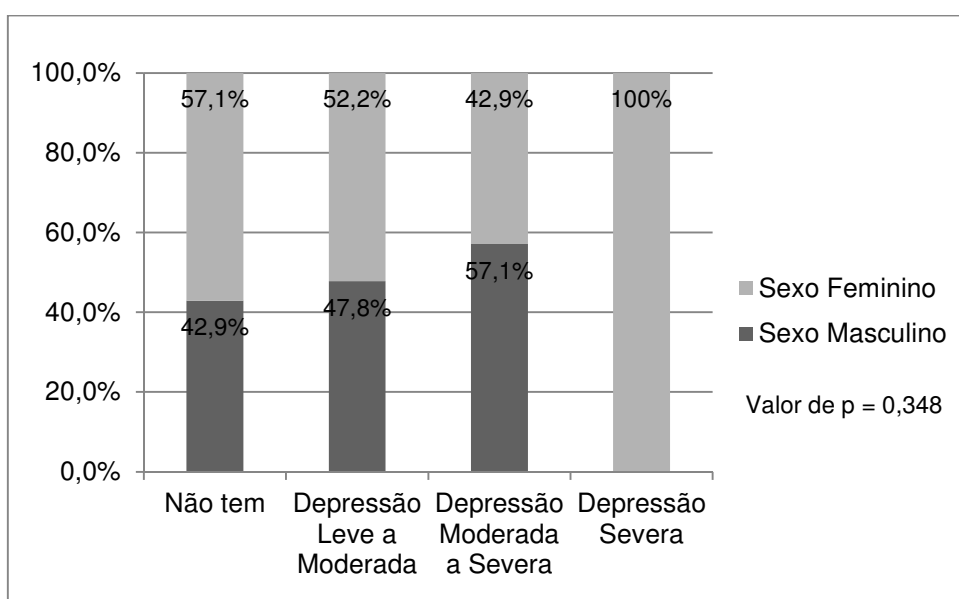
Gráfico 2. Distribuição proporcional da população com Depressão (n = 40) de acordo com o sexo, Salvador, Bahia, 2013.



Quando analisamos os diferentes graus de Depressão de acordo com o sexo, observamos que, dentre as sete pessoas que não tiveram diagnóstico de Depressão, 4 (57,1%) eram mulheres. Dos 23 pacientes que obtiveram diagnóstico

de Depressão leve a moderada, 12 (52,2%) eram mulheres. Entre aqueles 14 pacientes que obtiveram diagnóstico de Depressão moderada a severa, 8 (57,1%) eram homens e 6 (42,9%) mulheres. As três pessoas que receberam diagnóstico de Depressão severa eram do sexo feminino. O teste Qui-quadrado de Pearson para tendência linear revelou um valor de p maior que 0,05 (0,348) evidenciando, portanto, que não há significância estatística entre os diferentes graus de Depressão em relação ao sexo. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição proporcional da população (n = 47) de acordo com os diferentes graus de Depressão em relação ao sexo, Salvador, Bahia, 2013.



Quando analisamos as variáveis socioeconômicas (cor/raça, saneamento básico, coleta de lixo, água encanada, escolaridade e renda familiar), em relação ao grau de Depressão na população estudada, não se evidenciou significância estatística. (Tabela 2).

De forma semelhante, não foram encontradas associações significantes em análises dicotomizadas entre portadores de Depressão (em qualquer grau) vs não portadores de Depressão ou portadores de Depressão leve vs Depressão moderada ou severa (Tabelas 3 e 4).

Os itens contidos no Inventário de Beck estão relacionados ao rebaixamento de humor, anedonia, avolição, alteração no sono e sentimentos de culpa e fracasso, que são condizentes com os critérios diagnósticos preconizados pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para Depressão Maior. Os

vinte e um itens do questionário foram analisados de acordo com o grau de Depressão dos pacientes entrevistados nesse estudo.

Tabela 2. Distribuição proporcional da população estudada (n=47) de acordo com o grau de depressão em relação à variáveis socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013.

	Não tem Depressão	Depressão Leve a Moderada	Depressão Moderada a Severa	Depressão Severa	Valor de p^a
Cor/Raça					
Pardo	5 (71,4%)	10 (45,5%)	9 (64,3%)	1 (100%)	0,416
Negro	2 (28,6%)	12 (54,5%)	5 (35,7%)		
Saneamento	6 (85,7%)	21 (95,5%)	10 (71,4%)	3 (100%)	0,184
Coleta de Lixo	5 (71,4%)	18 (81,8%)	13 (92,9%)	2 (66,7%)	0,537
Água Encanada	6 (85,7%)	21 (95,5%)	12 (85,7%)	3 (100%)	0,662
EF Completo ou mais	3 (42,9%)	6 (26,1%)	3 (21,4%)		0,763
Mais que um SM	4 (57,1%)	15 (65,2%)	9 (69,2%)	3 (100%)	0,603

Os dados são apresentados como n (%)

SM: Salário mínimo.

^a Teste do qui-quadrado para tendência linear.

À análise dos dados vemos que, dentre as pessoas que não tiveram o diagnóstico de Depressão, 5 (71,4%) disseram que não se sentam tristes e 2 (28,6%) se sentiam tristes. Entre aquelas pessoas que obtiveram o diagnóstico de Depressão leve a moderada, 16 (69,6%) disseram não sentir tristeza, 4 (17,4%) disseram sentir alguma tristeza e 2 (8,7%) disseram sentir tristeza todo o tempo. Entre aqueles que obtiveram o diagnóstico de Depressão moderada a severa, 5 (35,7%) disseram não sentir tristeza, 8 (57,1%) disseram sentir alguma tristeza e 1 (7,1%) disse não suportar a tristeza. Todas as três pessoas que apresentaram diagnóstico de Depressão severa relataram sentir alguma tristeza. O valor de p foi de 0,160, não demonstrando, portanto, relevância estatística entre o sentimento de tristeza e o grau de Depressão.

Tabela 3. Distribuição proporcional da população (n=47) de acordo com a presença de Depressão em relação às características socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013.

	Não tem Depressão N (%)	Tem Depressão N (%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	4 (57,1)	21 (52,5)	0,820
Cor/Raça			
Pardo	5 (71,4)	20 (54,1)	0,395
Negro	2 (28,6)	17(45,9)	
Saneamento			
Sim	6 (85,7)	34 (87,2)	0,916
Coleta de Lixo			
Sim	5 (71,4)	33 (84,6)	0,397
Água Encanada			
Sim	6 (85,7)	36 (92,3)	0,569
EF Completo ou mais			
Sim	3 (42,9)	10 (25)	0,330
Mais que um salário mínimo			
Sim	4 (57,1)	27(69,2)	0,530

Quando analisamos o grau de satisfação com eventos cotidianos em relação ao grau de Depressão, vemos que as sete pessoas que não apresentaram diagnóstico de Depressão se sentiam satisfeitos como antes. Entre aqueles que apresentaram diagnóstico de Depressão leve a moderada, 20 (90,9%) apresentaram satisfação como antes e 2 (9,1%) disseram que não se sentiam satisfeitos como antes. Entre aqueles que apresentaram Depressão moderada a severa, 9 (64,3%) apresentaram satisfação como antes, 3 (21,4%) não se sentiam satisfeitos como antes, 1 (7,1%) disse que não sentiam verdadeira satisfação e 1 (7,1%) se disse completamente insatisfeitos. Dentre aqueles com Depressão severa, 1 (33,3%) disse que se sentia satisfeito como antes e 2 (66,7%) se declararam completamente insatisfeitos. O valor de p foi de 0,03, o que demonstra relevância estatística quando comparamos o grau de satisfação dos pacientes com o grau de Depressão.

Tabela 4. Distribuição proporcional da população de acordo com a presença de Depressão moderada ou severa em relação às variáveis socioeconômicas, Salvador, Bahia, 2013

	Depressão Moderada ou Severa		Valor de p
	Não N(%)	Sim N (%)	
Sexo			
Feminino	16 (53,3)	9 (52,9)	0,979
Cor/Raça			
Pardo	15 (51,7)	10 (66,7)	0,343
Negro	14 (48,3)	5 (33,3)	
Saneamento			
Sim	27 (93,1)	13 (76,5)	0,106
Coleta de Lixo			
Sim	23 (79,3)	15 (88,2)	0,441
Água Encanada			
Sim	27 (93,1)	15 (88,2)	0,572
EF Completo ou mais			
Sim	9 (30)	4 (23,5)	0,634
Mais que um salário mínimo			
Sim	19 (63,3)	12(75)	0,421

Os 7 entrevistados que não tiveram diagnóstico de Depressão disseram não sentir culpa. Entre aqueles que tiveram o diagnóstico de Depressão leve a moderada, 19 (82,6%) disseram não sentir culpa e 4 (17,4%) disseram sentir. Daqueles que obtiveram o diagnóstico de Depressão moderada a severa, 5 (35,7%) disseram não sentir culpa, 4 (28,6%) disseram sentir alguma culpa, 2 (14,3%) disseram sentir muita culpa e 3 (21,4%) disseram sentir culpa todo o tempo. Entre aqueles com Depressão severa, 1 (33,3%) disse sentir alguma culpa e 2 (66,7%) disseram sentir culpa todo o tempo. O valor de p foi menor que 0,05 (0,002) e, portanto, revela que há relação estatisticamente significativa entre o sentimento de culpa e o grau de Depressão.

Os sete pacientes que não tiveram diagnóstico de Depressão disseram que não sentiam que estavam sendo punidos. Entre aqueles que tinham Depressão leve a moderada, 12 (52,2%) disseram que não estavam sendo punidos, 4 (17,4%) falaram que podem ser punidos, 1 (4,3%) afirmou que merece ser punido e 6 (26,1%) disseram que já estão sendo punidos. Dentre aqueles que apresentaram Depressão

moderada a severa, 3 (21,4%) disseram que não estavam sendo punidos, 3 (21,4%) disseram que poderiam vir a ser punidos, 1 (7,1%) falou que merece ser punido e 7 (50%) falaram que já estão sendo punidos. Dentre os pacientes com Depressão severa, 1 (33,3%) disse que merece ser punido e 2 (66,7%) disseram que já estão sendo punidos. O valor de p foi de 0,027, estatisticamente significativo, o que demonstra que há relação entre o sentimento de punição e os graus de Depressão analisados.

Dos sete pacientes que não tiveram diagnóstico de Depressão, 6 (85,7%) não tinham ideia suicida e 1 (14,3%) tinha ideia suicida, mas não tinha coragem. Entre aqueles que tinham diagnóstico de Depressão leve a moderada, 19 (90,5%) não tinham ideia suicida, 1 (4,8%) tinha ideia suicida, mas não tinha coragem e 1 (4,8%) gostaria de se matar. Todos aqueles que tinham Depressão moderada a severa não tinham ideia suicida. Daqueles com Depressão severa, 1 (33,3%) não tinham ideia suicida, 1 (33,3%) tinha ideia suicida mas não tinha coragem e 1 (33,3%) disse que só não se matava por falta de oportunidade. O valor de p foi de 0,012, demonstrando que há relevância estatística entre a relação de ideia suicida e os graus de Depressão estudados.

Entre aqueles que não tiveram diagnóstico de Depressão, 5 (71,4%) disseram que não choraram nas duas últimas semanas, 2 (28,6%) disseram que choravam mais que o normal. Daqueles que tiveram diagnóstico de Depressão leve a moderada, 18 (78,3%) não choraram, 3 (13%) disseram que choravam mais que o normal, 2 (8,7%) disseram que choravam todo o tempo. Entre os pacientes que tiveram o diagnóstico de Depressão moderada a severa, 2 (14,3%) disseram que não choravam, 9 (64,3%) disseram que choravam mais que o normal e 3 (21,4%) choravam durante todo o tempo. Todos os pacientes com Depressão severa disseram que choravam mais que o normal. O valor de p foi 0,002, o que evidencia uma relação estatisticamente significativa entre a presença do choro e os graus de Depressão.

Todos os pacientes que não tiveram diagnóstico de Depressão e os que tiveram diagnóstico de Depressão leve a moderada disseram que não perderam o interesse por outras pessoas. Dos pacientes que tiveram diagnóstico de Depressão moderada a severa, 13 (92,9%) disseram que não perderam o interesse por outras pessoas e 1 (7,1%) declarou menos interesse por outras pessoas. Dos pacientes com Depressão

severa, 1 (33,3%) disse que não perdeu o interesse por outras pessoas e 2 (66,7%) declararam menos interesse por outras pessoas. O valor de p foi menor que 0,05, demonstrando relevância estatística.

Dentre aqueles que não tiveram diagnóstico de Depressão, 6 (85,7%) se viam com aparência normal e 1(14,3%) com a aparência envelhecida. Entre os pacientes com diagnóstico de Depressão leve a moderada, 11 (47,8%) se viam com aparência normal e 12 (52,2%) se viam com aparência envelhecida. Dos pacientes com Depressão moderada a severa, 3 (21,4%) se viam com aparência normal, 8 (57,1%) se viam com aparência envelhecida e 3 (21,4%) se achavam feios. Dos entrevistados que tiveram Depressão severa, 2 (66,7%) se achavam envelhecidos e 1 (33,3%) se considerava feio. O valor de p foi de 0,016, mostrando que há relevância estatística entre a aparência e os graus de Depressão.

Dentre aqueles que não tiveram o diagnóstico de Depressão, 5 (71,4%) declararam ter apetite normal, 1 (14,3%) disse não ter apetite como antes e 1 (14,3%) disse que o apetite estava muito pior. Dos entrevistados com Depressão leve a moderada, 10 (43,5%) tinham apetite normal, 10 (43,5%) não tinham o mesmo apetite de antes e 3 (13%) tinham apetite muito pior. Daqueles com Depressão moderada a severa, 7 (50%) tinham apetite normal, 2 (14,3%) não tinham apetite como antes, 3 (21,4%) tinha apetite muito pior do que antes e 2 (14,3%) tinham perdido todo o apetite, 3 (21,4%) tinham apetite muito pior e 2 (14,3%) tinham perdido todo o apetite. Todos os pacientes com Depressão severa disseram que tinham apetite muito pior. O Valor de p foi de 0,013, o que evidencia uma relação estatisticamente significativa entre a perda de apetite e o grau de Depressão. (Tabela 3).

Quando analisamos as outras questões contidas no BDI em relação ao grau de Depressão, percebemos que não há relevância estatística, o que também podemos evidenciar na questão sobre tristeza em relação ao grau de Depressão. As outras questões investigavam esperança para o futuro, irritabilidade, fadiga, perda de peso, preocupação com a saúde, capacidade de trabalhar, interesse sexual e alteração no sono, sempre levando em consideração o grau de disfunção de vida que causava.

Tabela 5. Distribuição proporcional da população (n=47) de acordo com as respostas do BI em relação ao grau de Depressão, Salvador, Bahia, 2013.

Itens	Sem Depressão N (%)	Leve a Moderada N (%)	Moderada a Severa N (%)	Severa N (%)	Valor de P
Tristeza					
Não	5 (71,4)	16 (69,6)	5 (35,7)		0,160
Sim	2 (28,6)	4 (17,4)	8 (58,7)	3 (100)	
Tempo Todo		2(8,7)			
Não Suporta			1 (7,1)		
Satisfação					
Como antes	7 (100)	20 (90,9)	9(64,3)	1(33,3)	0,03
Não como antes		2 (9,1)	3(21,4)		
Sem muita satisfação			1 (7,1)		
Insatisfeito			1 (7,1)	2 (66,7)	
Culpa					
Não	7 (100)	19 (82,6)	5 (35,7)		0,002
Sim		4 (17,4)	4 (28,6)	1 (33,3)	
Muito			2 (14,3)		
Sempre			3 (21,4)	2 (66,7)	
Punição					
Não	7 (100)	12 (52,2)	3 (21,4)		0,027
Pode ser		4 (17,4)	3 (21,4)		
Merece ser		1 (4,3)	1 (7,1)	1 (33,3)	
Está sendo		6 (26,1)	7 (50)	2 (66,7)	
Ideação Suicida					
Sem ideação	6 (85,7)	19 (90,5)	14 (100)	1 (33,3)	0,012
Sem coragem	1 (14,3)	1 (4,8)		1 (33,3)	
Gostaria		1 (4,8)			
Sem oportunidade				1 (33,3)	
Choro					
Não	5 (71,4)	18 (78,3)	2 (14,3)		0,002
Mais	2 (28,6)	3 (13)	9 (64,3)	3 (100)	
Tempo todo		2(8,7)	3 (21,4)		
Interesse					
Normal	7 (100)	23 (100)	13 (92,9)	1 (33,3)	0,000
Menos			1 (7,1)	2 (66,7)	
Aparência					
Normal	6 (85,7)	11 (47,8)	3 (21,4)		0,016
Envelhecida	1 (14,3)	12 (52,2)	8 (57,1)	2 (66,7)	
Feio			3 (21,4)	1 (33,3)	
Apetite					
Normal	5 (71,4)	10 (43,5)	7 (50)		0,013
Diferente	1 (14,3)	10 (43,5)	2 (14,3)	3(100)	
Muito pior	1 (14,3)	3 (13)	3 (21,4)		
Perdeu todo			2 (14,3)		

V. DISCUSSÃO

A Depressão é um transtorno de humor de elevada e crescente prevalência em todo o mundo. Associa-se a doenças crônicas e tal relação tem caráter bidirecional – algumas patologias influem diretamente na patogenia da Depressão e pessoas deprimidas têm pior autoavaliação de saúde, além de menor adesão ao tratamento e maior custo ao sistema de saúde¹³. Estima-se que a prevalência de Depressão em pacientes com doença crônica no mundo seja de 25% a 33%. O risco de desenvolver Depressão aumenta com a gravidade da doença e o grau de perturbação de vida que provoca¹³.

A prevalência de Depressão em pacientes com Tuberculose pulmonar no nosso estudo foi de 85,1%. Uma prevalência similar, de cerca de 80%, foi encontrada por Sulehri et al no estudo *Prevalence of Depression Among Tuberculosis Patients*¹⁴, no qual foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck em pacientes hospitalizados. Prevalência semelhante (82,7%) também foi encontrada por Basu et al no seu estudo *Prevalence of depression in tuberculosis patients: An experience from a DOTS clinic*¹⁵, no qual foi utilizado o *nine-item Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) como ferramenta de rastreio.

A alta prevalência encontrada no nosso estudo e nos trabalhos de Basu et al¹⁵ e Salehri et al¹⁴ difere dos valores encontrados em outros estudos. O trabalho de Natani et al¹⁰, que foi realizado na Índia utilizando o Inventário de Depressão de Beck, e o de Ige e Lasebikan¹⁶, desenvolvido na Nigéria utilizando *The Hamilton Depression Rate Scale*, mostram uma prevalência de cerca de 50% de Depressão em pacientes com TB. Apesar da prevalência de 50% não ser tão alarmante quando a prevalência encontrada em nosso estudo, mostra-se alta e excede a média de prevalência de Depressão na população em geral (que costuma ser de 7 a 20%⁶). Issa et al¹⁷, também utilizando o PHQ-9, encontrou uma prevalência de 27,7% na Nigéria, menor do que a maioria dos outros estudos.

A diferença entre a prevalência de Depressão entre os estudos pode estar relacionada com os diferentes mecanismos de rastreio utilizados e com as diferentes populações analisadas. Os estudos de Issa et al¹⁷ e Ige e Lasebikan¹⁶ foram feitos com pacientes que não estavam internados e faziam parte do programa de Terapia de Curta Duração Diretamente Observada (DOTs), o que pode explicar as diferentes

prevalência encontradas nesses trabalhos em relação ao nosso estudo. Além disso, Issa et al¹⁷ considerou que apenas pacientes com escore maior que 5 à administração do PHQ-9 tinham Depressão, sendo que um escore de 1 a 4 é considerada Depressão mínima, o que pode explicar a baixa prevalência quando comparado com outros estudos. A alta prevalência encontrada por Basu et al¹⁵, apesar do estudo ter sido realizado com pacientes ambulatoriais (DOTs), pode se dever a sua maior amostra populacional.

No nosso estudo utilizamos o Inventário de Depressão de Beck, que é uma ferramenta de rastreio de Depressão amplamente utilizada e validada¹². No entanto, alguns itens estão diretamente relacionados com a patogenia da Tuberculose, como a perda de apetite e a perda de peso, o que pode atuar como fator confusional das respostas. Outro fato que deve ser levado em consideração para explicar a alta prevalência de Depressão em pacientes com TB nesse estudo é o fato de que a amostra em questão foi composta por pacientes internados e, como Natani et al¹⁰ traz em seu trabalho, a condição do confinamento, sem apoio familiar, é um fator importante a ser considerado na patogenia da Depressão associada à doença crônica. Além disso, a amostra é composta majoritariamente por indivíduos de baixa renda, baixa escolaridade e com média de idade de mais de 45 anos ($47 \pm 13,89$), que são fatores sociais importantes para o desenvolvimento de Depressão, como mostra o trabalho de Boing et al¹³ sobre a relação entre Depressão e doenças crônicas. Além disso, o estudo em questão ainda não foi concluído e sua amostra não corresponde à amostra final.

Os fatores socioeconômicos analisados (renda familiar, escolaridade, saneamento básico, coleta de lixo e água encanada) no nosso estudo não tiveram relação estatisticamente significativa com os graus de Depressão. No trabalho de Basu et al¹⁵, foi visto que a Depressão acometia as classes mais abastadas, ao contrário do que demonstrou Natani et al¹⁰ e Issa et al¹⁷, cujos pacientes com menor renda tinham mais Depressão. Nos estudos de Ige e Lasebikan¹⁶ e de Natani et al¹⁰, foi exposto que pacientes com menor escolaridade tinham maior prevalência de Depressão. No estudo de Adem, Tesfaye e Adem¹⁸ não foi evidenciada relação estatisticamente significativa entre a presença de Depressão e o status educacional e ocupacional, demonstrando que há grande diferença entre os estudos.

Essa diferença entre os trabalhos pode se dever às peculiaridades de cada população, presença de outras comorbidades, internamento e outros fatores psicológicos. No entanto, podemos inferir que, quando falamos de Depressão associada a uma doença crônica, os fatores socioeconômicos e de gênero podem não influir no desenvolvimento do quadro psiquiátrico. Temos que considerar que o quadro depressivo pode estar ligado à presença da Tuberculose, com o estigma que essa doença ainda carrega, como o isolamento social, o medo da morte e a presença de sintomas incapacitantes, como a dispneia e a tosse persistente.

Apesar das mulheres terem apresentado maior prevalência de Depressão, 52,5% contra 47,5% entre os homens, e a Depressão severa ter sido diagnosticada apenas em mulheres, o Teste Qui-quadrado de Pearson não revelou relevância estatística entre a presença de Depressão e o sexo ($p > 0,05$). No estudo de Adina et al¹⁹, no de Basu et al¹⁵ e no de Natani et al¹⁰ também não foi vista relação estatisticamente relevante entre o sexo e a prevalência de Depressão. Nesse último, há uma prevalência aproximada de 48% de Depressão em homens e 53% em mulheres, semelhante a esse estudo. Adem, Tesfaye e Adem¹⁸ também não evidenciaram relação entre o sexo e a presença de Depressão.

A Depressão maior é um transtorno psiquiátrico mais comum em mulheres¹³, porém, no contexto da Depressão associada às doenças crônicas, não há relação estatisticamente relevante entre o sexo e a Depressão – isso é evidenciado por Boing et al¹³ e foi replicado em nosso estudo. A presença de doenças crônicas traz uma nova percepção em relação ao corpo e ao modo de vida e tais mudanças aparentemente prescindem do sexo.

Alguns itens do BDI mostraram significância estatística em relação ao grau de Depressão. Tais itens estão relacionados aos sentimentos de culpa, punição, grau de satisfação com eventos cotidianos, ideação suicida, interesse em outras pessoas, aparência, apetite e choro. O item sobre tristeza não se mostrou estatisticamente relevante, apesar desse ser o sentimento mais associado à Depressão. No entanto, como mostra Kay e Tasman⁶, existem outros fatores de risco associados ao desenvolvimento de Depressão, como a ideação suicida. A mudança da percepção corporal, a alteração na aparência, tem importante papel na história da Tuberculose, como traz Souza, Silva e Meireles³ e foi constatada no nosso estudo. A alteração no apetite pode estar relacionada tanto à patogenia da Tuberculose, quanto com o

desenvolvimento da Depressão já que este é um fator considerado pelo DSM-IV⁸ para diagnóstico desta patologia. A falta de interesse em outras pessoas e a insatisfação com eventos cotidianos podem estar relacionadas com o isolamento social que os pacientes com Tuberculose sofrem, tanto pelo internamento, quanto pelo preconceito que vivenciam^{3,4}. Não foi encontrada em outros estudos a relação entre as respostas obtidas no BDI e a prevalência e os graus de Depressão.

VI.CONCLUSÃO

O nosso estudo ainda não foi concluído e, por tal, algumas análises propostas podem ter um menor poder estatístico. Além disso, o instrumento utilizado, o Inventário de Depressão de Beck, possui algumas questões que se confundem com a patogenia da Tuberculose. Temos que levar em consideração também que o questionário, apesar de ser auto aplicável, muitas vezes foi aplicado pelos pesquisadores devido ao baixo grau de escolaridade da população estudada, o que pode influenciar nas respostas obtidas.

A alta prevalência de Depressão encontrada nesse estudo, em concordância com outros trabalhos, é alarmante. Esse é um fator importante tanto pela adesão ao tratamento, quanto pela necessidade de um trabalho conjunto de pneumologistas, psicólogos e psiquiatras no manejo do paciente com Tuberculose. Por se tratar de um trabalho pioneiro no Brasil, esse estudo traz a importância do reconhecimento do paciente com Tuberculose como um paciente vulnerável e carente, muitas vezes, de acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

O fato de não ter havido relação estatisticamente significativa entre a presença de Depressão e os graus desta e variáveis socioeconômicas nos leva a pensar que a presença dessa patologia nos pacientes com Tuberculose prescinde da relação com fatores externos – a doença traz consigo estigmas e medos que modificam a relação do indivíduo com o mundo e consigo próprio. Torna-se necessário, então, um acompanhamento cuidadoso dos pacientes diagnosticados com Tuberculose Pulmonar.

REFERÊNCIAS

- 1 – Pillar, R.V.B. Epidemiologia da Tuberculose, Pulmão RJ 2012;21(1):4-9.
- 2 – Jama L.L.F. & Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV, Rev Saúde Pública, 41, 104 – 110, 2007.
- 3 – Souza, S.S., Silva, D.M.G., Meirelles, B.H.S., Representações sociais sobre a Tuberculose, Acta Paulista de Enfermagem, 2010.
- 4 - Antunes J.L.F, Waldman E.A., Moraes M. – A Tuberculose Através do Século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade, Ciência e Saúde Coletiva, 367-379, 2000.
- 5- Moussas G. *et al*, A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases, *Annals of General Psychiatry*, 2008
- 6 - Kay e Tasman (Psiquiatria – Ciência comportamental e fundamentos clínicos, 2002)
- 7 – Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Ministério da Saúde, 2010
- 8 - DSM-IV, retirado de http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/, acessado em 10 de outubro de 2012.
- 9 – Lima M.S., Epidemiologia e impacto social, Revista Brasileira de Psiquiatria – Depressão, vol. 21, maio 1999.
- 10 – Natani G.D. *et al*, Depression in Tuberculosis Patients: Correlation With Duration of Disease and Response to Anti-Tuberculosis Chemotherapy, Indian Journal of Tuberculosis, 1985, 32, 195-98.
- 11 – DATASUS – Morbidade Hospitalar do SUS Por Local de Residência – Tuberculose Pulmonar, 2012, retirado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrba.def>, acessado em 12 de julho de 2013.
- 12 – Cunha J.A., Manual da Versão em Português das Escalas de Beck, Casa do Psicólogo, 2011.
- 13 – Boing A.F. et al. Associação Entre Depressão e Doenças Crônicas: um Estudo Populacional. Revista de Saúde Pública, 2012.
- 14 – Sulehri M.A., et al. Prevalence of Depression Among Tuberculosis Patients. *Annals of Punjab Medical College*. 2010; 4(2):133-37.
- 15 - Basu G., Chatterjee C., Singh R., Biswas S. Prevalence of depression in tuberculosis patients: An experience from a DOTS clinic. 2012; IJRRMS vol-2 no.4.
- 16 – Ige O.M. E Lasebikan V.O. Prevalence of Depression in Tuberculosis Patients in Comparison With Non-Tuberculosis Family Contacts Visiting the DOTS Clinic in a Nigerian Tertiary Care Hospital and its Correlation With Disease Pattern. 2011;Mental Health in Family Medicine, 8: 235-41.

17 – Issa B.A., Yussuf A.D., Kuranga S.I. Depression Comorbidity Among Patients With Tuberculosis in a University Teaching Hospital Outpatient Clinic in Nigeria. 2009; *Mental Health in Family Medicine*;6:133-8.

18 - Adem A., Tesfaye M., Adem M. The Prevalence and Pattern of Depression in Patients with Tuberculosis on Follow-up at Jimma University Specialized Hospital and Jimma Health Center. 2013; *Medicine Science Original Investigation - Tuberculosis and Depression* .

19 – Adina M.M. et al, Depressive syndrome, anxiety and illness perception in Tuberculosis patients; *Recent Researches in Modern Medicine*, 2011

Anexo I

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|--|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| | 7. |
| 2. | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo |

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

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.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Actualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Estudo sobre a prevalência de Depressão e Qualidade de Vida em pacientes com Tuberculose Pulmonar em um Hospital Público de Referência em Salvador – Bahia.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O(A) Sr(a) foi diagnosticado com Tuberculose pulmonar e se encontra em um hospital público para realização do tratamento. Sabe-se que a Tuberculose é uma doença que traz consigo muitos estigmas e uma gama de representações sociais ligadas, muitas vezes, ao sofrimento e também à Depressão; No entanto, não existem muitos estudos que relacionem a presença de Depressão em pacientes com Tuberculose. Torna-se, então, necessária a realização de um estudo que vise esclarecer a relação entre essas duas doenças e o impacto na qualidade de vida dos pacientes, pois pode haver grande necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico para os pacientes que apresentem um quadro depressivo associado à doença crônica. O principal objetivo desse estudo é calcular a prevalência de Depressão em pacientes com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar. O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: um pesquisador irá aplicar dois questionários; Um deles visa identificar algum grau de Depressão em pacientes com Tuberculose e o outro tem como finalidade analisar a qualidade de vida desses pacientes. O risco envolvendo este estudo é mínimo, para o(a) Sr(a), já que nenhuma intervenção de qualquer natureza é prevista durante o estudo, envolvendo talvez algum constrangimento por parte do diagnóstico, mas que pode ser resolvido com explicação e com o benefício, caso tenha a suspeita de diagnóstico de Depressão, de ser orientado quanto ao acompanhamento necessário.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e a qualquer momento. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com sigilo absoluto, de acordo com as leis vigentes no nosso país. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida ao(a) senhor(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o(a) senhor(a), bem como não haverá nenhuma compensação financeira adicional.

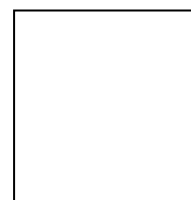
DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) Dr^a. Ieda Aleluia certificou-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar o(a) professor(a) orientador(a) Dr. Ieda Aleluia no telefone (71)8805-4525, e/ou a estudante Juliana Casqueiro no telefone (71) 8885-1462. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Participante

Assinatura do Participante



Impressão do polegar caso não saiba assinar

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

Data: __/__/__

Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências
Av. D. João VI, 275, PAV. II, 2º and – CEP. 40.290-000 – Salvador – BA.