

KARLA CRISTINA GASPAR

**DEPRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL GERAL: EVOLUÇÃO AOS SEIS MESES
APÓS ALTA HOSPITALAR**

CAMPINAS

2011



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas

**DEPRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL GERAL: EVOLUÇÃO APÓS SEIS MESES DA
ALTA HOSPITALAR**

Karla Cristina Gaspar

Tese de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da
Universidade de Campinas -
UNICAMP para obtenção de título
de Mestre em Ciências
Médicas área de concentração
em Ciências Biomédicas.
Sob orientação do Prof. Dr. Neury
José Botega.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

G213d Gaspar, Karla Cristina, 1976 -
Depressão em pacientes internados em hospital
geral: evolução após seis meses da alta hospitalar. /
Karla Cristina Gaspar. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Neury José Botega
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Intervenção. 2. Comorbidade. 3. Atenção
primária à saúde. 4. Hospitalização. I. Botega, Neury
José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Depression in patients in general hospital: evolution after six months of high hospital

Palavra-chave em inglês:

Interventions

Comorbidity

Primary health care

Hospitalization

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Neury José Botega [Orientador]

Gisleine Vaz Freitas

Joel Sales Giglio

Data da defesa: 20-09-2011

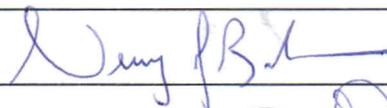
Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado
Karla Cristina Gaspar

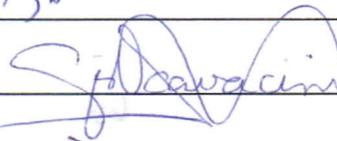
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Neury José Botega -



2. Profa. Dra. Gisleine Vaz Scavacini de Freitas -



3. Prof. Dr. Joel Sales Giglio -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/09/2011

DEDICATÓRIA

Para todos os pacientes,
pela generosidade ao ceder informações de suas vidas em um
momento tão sofrido quanto é o adoecimento e a hospitalização.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Neury José Botega, demonstrando o real sentido de ser um professor: auxiliando-me no aprimoramento de minhas habilidades para realização de pesquisas científicas.

Aos meus pais José Carlos e Rosa Maria, amor incondicional, a vida foi generosa ao permitir-me ser orientada por essas pessoas que tanto e tão bem se dedicam a mim.

Ao meu querido companheiro Camon, amor que antecede a existência, presença constante.

A psicóloga e professora Zélia Maria Vieira, por ensinar-me a ser psicóloga, afetuosa gratidão.

A profa. Dra. Carmen Silvia Passos Lima, pela confiança, carinho e incentivo nos caminhos acadêmicos.

Ao psiquiatra Amilton dos Santos Jr., pelo coleguismo, tranquilidade e auxílios constantes e valiosos.

Ao querido amigo Ricardo Prata Vieira, amizade à primeira vista.

À querida aprimoranda Isabella Drummond Oliveira Laterza, olhos brilhantes e sorriso largo.

À Equipe do Estudo de Intervenção Breve Oportuna - EIBO .

*Tristeza é quando chove
quando está calor demais
quando o corpo dói
e os olhos pesam*

*Tristeza é quando se dorme pouco
quando a voz sai fraca
quando as palavras cessam
e o corpo desobedece*

*Tristeza é quando não se acha graça
quando não se sente fome
quando qualquer bobagem
nos faz chorar*

*Tristeza é quando parece
que não vai acabar*

Martha Medeiros

SUMÁRIO

1. Introdução	14
1.1 O problema da depressão.....	16
1.2 Quando a depressão soma-se a outra doença.....	17
1.3 Dificuldades no diagnóstico e tratamento da depressão.....	22
1.4 Depressão e atenção primária.....	26
1.5 Pacientes internados em hospital geral.....	30
2. Objetivo	35
3. Método.....	36
3.1 Desenho e Local.....	36
3.2 Sujeitos.....	36
3.3 Critério de inclusão.....	36
3.4 Critério de exclusão.....	37
3.5 Instrumentos.....	38
3.6 Procedimentos.....	40
3.7 Análise de dados.....	41
3.8 Aspectos éticos.....	41
4. Resultados.....	42
4.1 Características da amostra.....	42
4.2 Características diferenciais ao final de seis meses.....	48
5. Discussão.....	53
6. Conclusão.....	61
7. Referências bibliográficas.....	62
8. Anexos.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

Código Internacional de Doenças (CID-10)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – (HAD)

Estudos de Intervenção Breve Oportuna - (EIBO)

Longitudinal Investigation of Depression Outcomes - (LIDO)

Mini International Neuropsychiatric Interview – (MINI)

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Características sociodemográficas dos 50 casos de depressão na entrada do estudo
- Tabela 2. Razões de internação dos 50 casos de depressão
- Tabela 3. Doença de base mais freqüente nos 50 casos de depressão
- Tabela 4. Características clínicas gerais dos pacientes
- Tabela 5. Características clínicas referentes à depressão
- Tabela 6. Características sociodemográficas de pacientes que não concluíram o estudo
- Tabela 7. Características clínicas de pacientes que não concluíram o estudo
- Tabela 8. Características sociodemográficas, no início do estudo, de pacientes com depressão, segundo desfecho (melhora x não melhora) após seis meses de alta hospitalar.
- Tabela 9. Características clínicas de pacientes que melhoraram e que não melhoraram da depressão
- Tabela 10. Ocorrências ao longo dos seis meses de alta hospitalar do grupo que melhorou da depressão e do grupo que não melhorou da depressão

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Sobre sintomas de episódios depressivos “American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 1994

Quadro 2. Adaptado e modificado de Frágua Jr. e Figueiró, 2001

Quadro 3. Natureza e evolução da depressão

RESUMO

O Estudo de Intervenção Breve Oportuna (EIBO) realizou uma série de ensaios terapêuticos aleatorizados em pacientes internados no Hospital de Clínicas da Unicamp. Objetivo: descrever o perfil clínico e a evolução desses pacientes e decorridos seis meses da alta hospitalar, reavaliar todos os pacientes por meio de uma entrevista telefônica. Método: Após *screening* com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), os primeiros 50 casos com episódio depressivo confirmados pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* compuseram a amostra deste estudo da depressão e foram encaminhados para um serviço de saúde pública. Devido ao caráter naturalístico do presente estudo, não interferimos na conduta dos médicos durante a internação. Após 6 meses de alta hospitalar, todos os pacientes foram entrevistados novamente por telefone. Resultados: a média de idade foi 49,3 anos (desvio-padrão:14,5), com predominância do sexo feminino (68%). Infecções, neoplasias malignas, doenças gastrointestinais e renais foram às principais razões de internação, muitas vezes associadas a doenças de base (principalmente hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias). Decorridos seis meses da alta, cinco pacientes faleceram, seis não puderam ser contatados e um recusou a nova entrevista. Dos 38 reavaliados, dois terços continuavam deprimidos. Apenas 12 pacientes foram tratados e desses 7 (58%) foram com antidepressivos. Continuar deprimido associou-se à ideação suicida e a reinternações. Banalização dos sintomas depressivos, medo de ficar dependente de psicofármacos e descrédito em antidepressivos e psicoterapias constituíram barreiras para que 21 pacientes (55%) não buscassem tratamento para depressão. Dos 17 que o fizeram, 5 não conseguiram tratamento. Conclusão: Este estudo inédito demonstrou que após seis meses da alta hospitalar, 66% dos pacientes continuam deprimidos e 15% recebem tratamento. E dos que continuam deprimidos 64% apresentam ideação suicida e 16% tiveram novas internações. As crenças que os pacientes têm sobre depressão e o tratamento também constituem fatores de impedimentos subjetivos para buscar tratamento.

ABSTRACT

The Study of Brief Opportunity Intervention (EIBO) performed a series of randomized clinical trials with patients admitted to Clinical Hospital of the State University of Campinas (Unicamp-Brazil). Objective: to describe both the clinical profile and evolution from the subjects, after 6-month discharge period and also to review all the patients through a telephone call interview. Methodology: As part of this research project, the researchers screened all patients using of Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). As part of this research project, the researchers screened all patients using of Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). The first fifty (50) cases of depressive episode confirmed through Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) received standardized information about depression and were referred to a public health service to start the treatment. Due to the naturalistic nature of the present study, there was no interference on the assistant doctors' treatment provided to patients during hospitalization. After six-months of hospital discharge, all the patients were reassessed through a telephone interview. Results: Patients' mean age was 49.3 years old (standard deviation: 14.5), being 68% females. Infections, malign neoplasias, renal and gastrointestinal diseases were the major reasons for hospitalization and they were many times associated with underlying diseases (mainly high blood pressure, diabetes and heart diseases). After six-month of discharge, five patients died, six could not be contacted by telephone and one of them refused to participate on a new interview. Out of 38 reassessed patients, two-thirds continued depressed. At the baseline assessment, this was the group that reported more frequently pain and suicidal behavior. Only one-third of the patients had received treatment for depression (from these 12 treated patients, 7 (58%) received antidepressive medication). Maintained depression was associated with suicidal ideation and rehospitalization. The discredit on depressive symptoms, the fear of becoming dependent on psychopharmacological medication and the disbelief on antidepressive drugs and psychotherapies were barriers that led 21 patients not to search treatment for depression. Out of 17 who search for treatment at public healthcare services, 5 could not get it. Although the patients were assessed by several physicians, only one out of three patients received some treatment for depression; only one, out of five, received an antidepressive medication. Conclusion: The findings show that after 6-month discharge period, 66% patients remained depressed and only 15% of them received treatment. The patients who continued depressed, they 64% showed suicidal ideation and 16% were rehospitalized. The beliefs that the patients have about depression and its treatment also constitute factors that impede them of looking for treatment.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O problema da depressão

A depressão faz parte de um grupo de transtornos mentais em que o humor patológico e perturbações associadas dominam o quadro clínico. Os sinais e sintomas da depressão incluem modificações das capacidades cognitivas, da fala e de funções vegetativas (sono, atividade sexual e outros ritmos biológicos). Essas alterações quase sempre levam ao comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional, além disso, há uma experiência subjetiva de grande sofrimento (Kaplan & Sadock, 2007).

O episódio depressivo é prevalente na população geral, acomete de 3% a 5% desta. Em populações clínicas, a incidência é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% de internados (Katon, 2003). O episódio depressivo moderado ou grave acomete uma em cada vinte pessoas e tem caráter único ou recorrente. O risco de se apresentar um segundo episódio é de 50% (AHCPR, 1993).

A depressão representa um problema de saúde pública por diversas razões, dentre as quais se destacam: a incidência e a prevalência elevadas, potencial de cronificação, risco de suicídio, comprometimento da qualidade de vida, uso excessivo de serviços de saúde, prejuízo na capacidade funcional, aumento da mortalidade e gastos com saúde (Judd, 1995; Judd, 1996; Pyne et al. 1997; Wulsin et al., 1999; Kupfer e Frank, 2003; Furlanetto et al., 2006).

A perda de interesse ou prazer são as principais características clínicas do humor depressivo. Os pacientes relatam essa condição dizendo que se sentem tristes, desesperançados ou desvalorizados. O humor deprimido adquire por vezes uma qualidade distinta que o diferencia das emoções normais de tristeza ou de luto. Os sintomas da depressão podem ser sentidos como uma dor emocional intensa, situação que poderá levar o paciente ao suicídio. Estudos mostram que entre os pacientes deprimidos, de 10 a 19% morrerão por suicídio ao longo da vida (Wulsin et. al., 1999).

1.2 Quando a depressão soma-se a outra doença

Estudos revelam que a prevalência da depressão entre pessoas com outras doenças clínicas aumenta de 3 a 5 vezes comparado com a população em geral. (Bair et al. 2003; Burg et al. 2001; Anderson et al. 2001). A frequência de transtornos depressivos em hospital geral varia entre 5% e 30% segundo os serviços e definições sobre a depressão (Botega, 1995; Cavanaugh, 1995; Silverstone et al., 1996; Furlanetto, 2006).

Depressão como co-morbidade psiquiátrica aumenta a cronicidade de pacientes internados em hospital geral, além de influenciar negativamente em seu restabelecimento como um todo (Furlanetto, 2006).

Estudos descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas (Cooper et al., 2002; Unutzer et al., 2002). Pacientes com doenças clínicas e que estão deprimidos apresentam menor adesão às recomendações médicas (Dimatteo et al., 2000). Ademais, depressão e ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis (Katon et al., 2001).

A concomitância de morbidades clínicas com transtornos depressivo-ansiosos aumenta o número de dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas (Kessler et al., 1998). O custo médico em serviços primários é maior na co-morbidade entre depressão e doenças clínicas. (Chisholm et al., 2003). Por outro lado, o diagnóstico precoce e proposta de tratamento organizado têm influência positiva nesses aspectos (Horn et al., 2007).

Estudos epidemiológicos mostram que 10 a 20% dos pacientes com doenças clínicas apresentam sintomas depressivos significativos, sendo que cerca de 5% deles têm quadros graves, que receberiam diagnóstico de depressão maior. (Blazer, 1995; Rentsch et al., 2007). Apesar disso, estudos clínicos mostram que apenas um terço dos casos de depressão é diagnosticado pelos clínicos. Nota-se, entretanto, que de 10 a 30% recebem tratamento com antidepressivo adequado (Gill et al., 1999). E desses, raros

são os casos que recebem tratamento multidisciplinar e psicoeducativo. (Callaham et al., 1999; Cole et al., 2005).

Os principais estressores para depressão encontram-se na gravidade da doença, incapacidade, dor, desconforto e impacto do diagnóstico de doença clínica (Rodin et al., 1991). E no maior risco de interações medicamentosas (Satel et al., 1989).

A diferença na avaliação da depressão está na linha tênue e imprecisa entre os quadros clínicos, subclínicos e não patológicos, condição que gera maior dificuldade diagnóstica pelo fato de os sintomas depressivos confundirem-se com os da doença clínica. Por exemplo: fadiga, perda do apetite, alteração do sono. Essa confusão ocorre pela própria condição da internação em hospital geral e pelos sofrimentos gerados pela dor, mudança de rotina, perda da autonomia e a possibilidade de morte (Furlanetto, 1996).

Sintomas de Episódio Depressivo Maior *

Humor deprimido

↓ Interesse e prazer

↑↓ Apetite e peso

→ Culpa acentuada

↑↓ Sono

→ Sentimento de desvalia

↑↓ Atividade Motora

→ Idéias de morte e suicídio

Quadro 1 sobre sintomas de episódio depressivo. *American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 1994.*

Estudo brasileiro realizado em enfermaria geral de adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP encontrou freqüência de 28,2% para sintomas depressivos (Botega, et al. 1994,1995). Outro estudo realizado em Hospital

Universitário da UFRJ apresentou freqüências de 12,3% de síndromes depressivas leves, 13,5% de moderadas e 6,5% de graves (Furlanetto,1995).

O diagnóstico da depressão no contexto hospitalar desafia os profissionais a reconhecerem que, além da doença de base, o paciente pode apresentar depressão, desencadeada ou agravada pela condição médica (Fráguas Jr., 1995). Outra ressalva é atentar para o potencial de algumas doenças neurológicas (Strober et al. 2009; Kondziella et al. 2009), endocrinológicas (Anderson et al. 2001; Fisher et al., 2001), neoplasias (Block, 2000; Caplette-Gingras et al. 2008; Weinberger et al. 2009), doenças infecciosas, infarto agudo do miocárdio (Jonas e Lando, 2000; Burg et al. 2001; Chandra et al., 2005; Sowden et al. 2009; Pozuelo, 2009), insuficiência hepática, insuficiência renal crônica e dor crônica (O'Malley et al., 2000) desencadearem depressão.

Além disso, os transtornos depressivos podem ocorrer por indução de medicamentos (Kathol, 1992). Há necessidade de o médico conhecer os riscos de efeitos adversos psiquiátricos das medicações clínicas, bem como princípios gerais de utilização de antidepressivos, suas contra-indicações e interações com outras drogas.

Entre os pacientes cardiológicos com infarto agudo do miocárdio (IAM) o diagnóstico de depressão pode ser feito em aproximadamente 50% dos pacientes (Kishi et al., 2001; Shiotani et al.,2002; Steeds et al., 2004). Estudos revelam a importante piora da mortalidade e morbidade de pacientes cardíacos deprimidos.(Jonas e Lando, 2000). A mortalidade destes pacientes pode ser 3,1 vezes maior comparado a cardiopatas não-deprimidos, independentemente da gravidade cardiológica e da disfuncionalidade clínica (Frasure-Smith et al, 1993). Em indivíduos previamente saudáveis que estejam deprimidos também há um aumento do risco de eventos cardíacos (Rozanski et al., 1999; O'Connor et al., 2000).

Em pacientes neurológicos, grande parte, sofre de depressão, tanto pelas alterações neurofisiológicas, como pelas conseqüências adversas e adaptação psicossocial referente à doença. Para exemplificar, pacientes

epiléticos podem sofrer preconceitos quanto a sua condição clínica, tanto em sua residência, como em seu contexto de trabalho, escola e convívio social. A prevalência de depressão é considerada alta em pacientes epiléticos, atingindo de 20% a 55% dos pacientes com crises recorrentes, e 3% a 9% dos pacientes controlados (Kanner, 2003). Estudos mostram que pacientes com epilepsia têm até seis vezes mais chance de ter história de depressão que controles normais (Hesdorffer et al., 2000). A depressão pode ser consequência dos tratamentos antiepiléticos farmacológicos e cirúrgicos (Kanner, 2003). O risco de suicídio nesses pacientes chega a ser dez vezes mais freqüente que na população geral (Gilliam e Kanner, 2002; Stefanelo et al., 2010).

Em relação ao acidente vascular cerebral (AVC), estudos mostram que o evento clínico mais relevante após a estabilização do paciente é o episódio depressivo que acomete cerca de 27% dos pacientes, o que prejudica no processo de reabilitação e leva aproximadamente 6,6% dos pacientes deprimidos à ideação suicida e até mesmo ao suicídio (Kishi et al., 1996). A presença de depressão na fase aguda pós-AVC está associada com pior recuperação e maior mortalidade (Paolucci et al, 1999).

Em pacientes com lesão medular, os achados sugerem que aproximadamente 30% das pessoas com essa doença clínica encontram-se em risco de terem sintomas depressivos (Craig et al., 2009).

Pacientes com doenças endocrinológicas, principalmente diabetes mellitus verifica-se a associação com depressão. Em estudo com grupos-controle normais, a prevalência de depressão no grupo dos diabéticos é de 11% a 31%, enquanto que a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos controles (Anderson et al., 2001). Pacientes diabéticos deprimidos têm mais sintomas do que os não-deprimidos mesmo com a gravidade do diabetes controlada (Ciechanowski et al., 2002).

Em relação aos pacientes oncológicos, não existem evidências de que depressão cause câncer, porém a relação entre depressão e a diminuição da sobrevida é nítida. Pacientes oncológicos deprimidos aderem menos aos tratamentos propostos e conseqüentemente piora o prognóstico, a qualidade

de vida fica comprometida, aumenta o tempo de internação, instala o sentimento de desesperança o que poder gerar risco de suicídio. O reconhecimento ativo e o tratamento dos quadros depressivos e ansiosos nos pacientes oncológicos é parte essencial da abordagem a esse paciente (Raison e Miller, 2003). Aproximadamente 10% a 25% dos pacientes com câncer apresentam episódio de depressão maior e/ou ansiedade (Croyle e Rowland, 2003).

Pacientes com dor crônica apresentam frequentemente comorbidade psiquiátrica, 30% a 54% possuem algum critério para depressão (O'Malley et al., 2000). Dor crônica grave está associada à maior frequência de pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídios (Fishbain et al, 1997).

Como observado, a depressão acompanha quase todas as patologias clínicas crônicas, e quando está presente leva os pacientes a piores evoluções clínicas, a não adesão aos tratamentos propostos, uma qualidade de vida comprometida e maior morbidade e mortalidade.

A depressão pode aumentar o tempo de internação (Verbosky; Franco; Zrull,1993); a morbidade no período pós-operatório (Murray et al.,1997), e a mortalidade durante a internação pode ocorrer independente da gravidade da doença de base (Furlanetto e Brasil, 2006).

Estudos mostram o impacto da depressão na qualidade de vida de sujeitos deprimidos e com outras condições clínicas (Spitzer et al.,1995; Orley et al., 1998; Ravindran et al., 2002). Os resultados sugerem que sujeitos com episódio depressivo apresentam níveis maiores de tensão em atividades domésticas, assim como irritabilidade social, estresse financeiros, limitações no funcionamento ocupacional, pior status de saúde e mais dias perdidos de trabalho do que sujeitos sem sintomas. (Johnson et al., 1992).

Estudo populacional demonstrou que sujeitos com depressão pontuam as escalas de qualidade de vida relacionada à saúde com escores menores do que a população em geral ou com outras condições médicas, demonstrando o

forte impacto e a sobrecarga deste transtorno na qualidade de vida desses sujeitos. (Isacson et al., 2005).

Outro aspecto a ser considerado é que, quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, pior é a avaliação de saúde em pacientes com alguma doença crônica em unidades de serviços de cuidados primários. (Fleck et al., 2002).

Quando a depressão soma-se a outra doença clínica não é possível identificar nenhum aspecto característico, seja sintomatológico ou etiológico, dos chamados transtornos mentais que os distinga de outras “doenças físicas”. (Kupfer, 2003).

1.3 Dificuldades no diagnóstico e tratamento da depressão

Apesar da alta prevalência em populações clínicas a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes. (Furlanetto et al, 2003)

Pelas suas conseqüências prejudiciais, o tratamento para a depressão é preconizado para atingir a remissão dos sintomas, como se faz com quadros depressivos sem co-morbidades. Por outro lado, a presença de outras co-morbidades provoca dificuldades quanto ao diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento inadequado da depressão. (Furlanetto, 1995)

A associação entre depressão e outras comorbidades clínicas indica a necessidade de analisar as razões que possam sustentar o subdiagnóstico e subtratamento da depressão. Alguns fatores estão descritos no quadro abaixo.

Fatores que contribuem para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão no contexto hospitalar.

1. Ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas.
2. Relutância em estigmatizar o paciente com um diagnóstico psiquiátrico.
3. Sintomas de depressão muito leve ou poucos específicos; sintomas físicos comuns a depressão e as condições clínicas, tais como fadiga, diminuição de apetite, dores, alterações do sono e perda de peso.
4. Medo dos efeitos colaterais dos antidepressivos.
5. Noção equivocada de que “depressões reativas” não são patológicas, os sintomas de depressão são “reações normais” à condição médica.
6. Falta e tempo para uma abordagem psiquiátrica, ou falta de treinamento para tal; dificuldades pessoais do profissional de saúde em lidar com o adoecer psiquiátrico.

Quadro 2. Adaptado e modificado de Fráguas Jr. e Figueiró, 2001

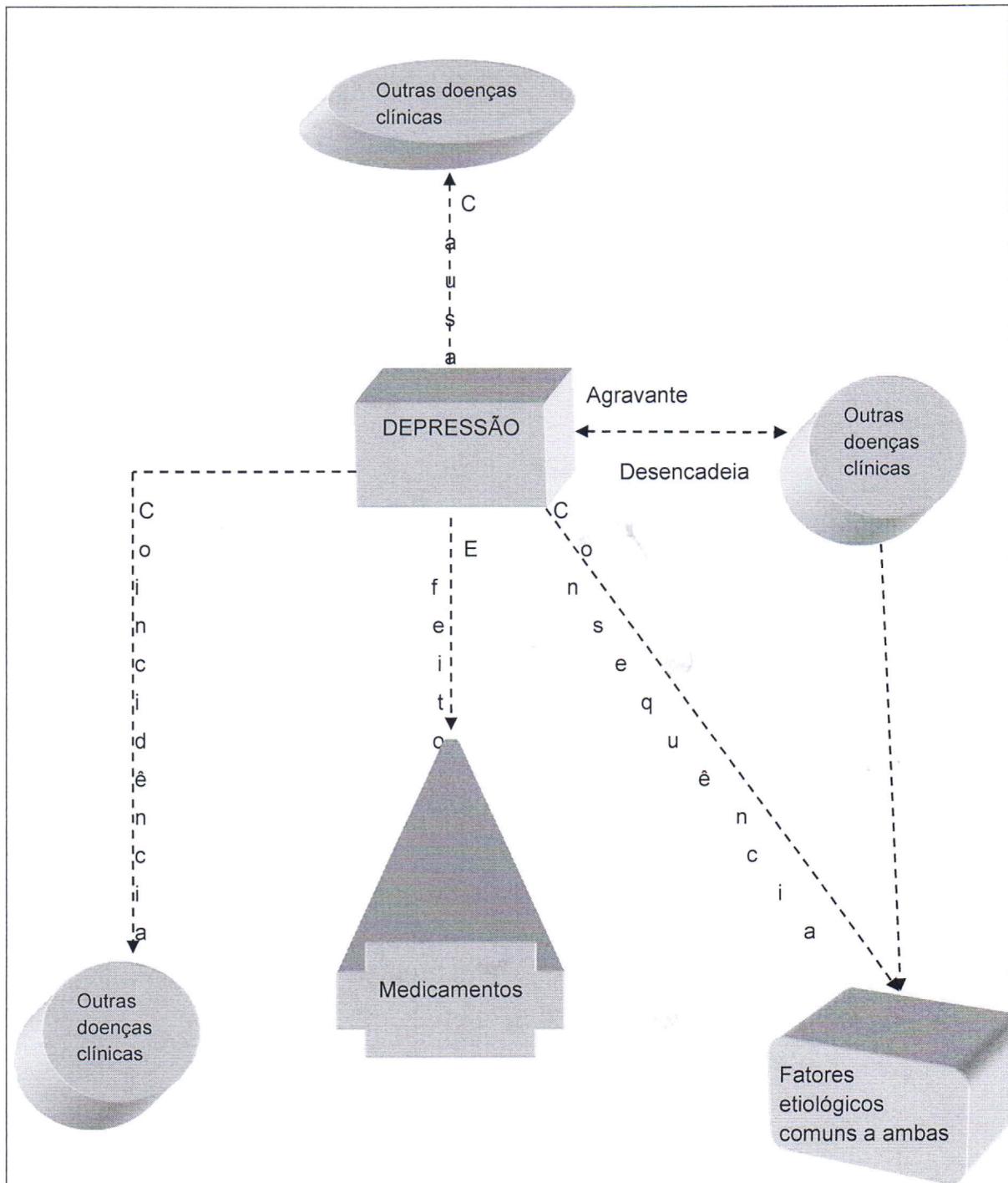
No Brasil, estudo realizado em hospital universitário no Rio de Janeiro, aponta sintomas que melhor discriminam os pacientes com depressões moderadas e graves: perda do interesse nas pessoas; desânimo; irritabilidade e perda da libido. Sintomas como perda de peso, insônia e fadiga foram utilizados para diagnóstico somente quando em excesso ao esperado pela situação, visto que estão presentes mesmo em pacientes clínicos não deprimidos (Furlanetto, 1996).

Tentativas de compreender a relação entre depressão e outra doença clínica apontam dificuldades e controvérsias que persistem em relação ao diagnóstico da depressão devido à participação dos fatores ambientais, psicológicos e biológicos, à causalidade dessa associação assim como às implicações dos eventos vitais traumáticos (Furlanetto e Brasil, 2006).

No diagnóstico da depressão em pacientes de enfermarias médicas, alguns obstáculos estão presentes para o seu reconhecimento quanto à natureza e à evolução de sintomas depressivos.

A depressão (quadro 3) tanto pode ser uma complicação de outra doença clínica, resultante de efeitos de medicamentos, causa ou consequência de fatores etiológicos comuns a ambas ou mera coincidência de ocorrência. Na maioria das vezes é uma relação altamente complexa (Furlanetto e Brasil, 2006).

Esses aspectos tornam a avaliação da depressão em pacientes com doença clínica difícil, devido à fronteira imprecisa entre as suas manifestações (Furlanetto e Brasil, 2006). No caso de um paciente diabético já quase cego e com insuficiência renal, muitas vezes é difícil saber se o seu pessimismo acerca do futuro é uma resposta realista à sua situação de vida ou uma manifestação de depressão.



Quadro 3. Natureza e evolução da depressão

Em paciente hospitalizado utiliza-se de avaliação indireta para sintomas depressivos, como a possibilidade de obter prazer em conversas com colegas de quarto e cuidadores formais, com as visitas dos familiares; capacidade de vislumbrar melhora assim como realizar tarefas antes prazerosas e fazer planos para o futuro (Furlanetto, 2001).

As escalas psicométricas validadas são instrumentos para auxiliar no diagnóstico de depressão no paciente hospitalizado e podem discriminar melhor entre os transtornos do humor e outras doenças clínicas. Em nosso meio três escalas são frequentemente utilizadas: Escala de Hamilton, Inventário de Depressão de Beck e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

A HAD é de autopreenchimento e consta de sete itens para ansiedade e sete para depressão (Zigmond; Snaith, 1983). A pontuação global de cada subescala vai de 0 a 21. A subescala da depressão centra-se nos aspectos psíquicos, está validada em nosso meio e tanto pode ser utilizada para rastreamento quanto medir a gravidade da depressão. Além de se mostrar de fácil compreensão pelos pacientes. Na prática clínica, a utilização da HAD pode auxiliar na detecção de casos de transtorno do humor que necessite de tratamento. (Botega et al., 1995, 1998).

Diversos estudos têm utilizado da HAD como instrumento para detectar a depressão em diferentes grupos de paciente em contextos médicos (Botega et al., 1994, 1998; Carson et al., 2003; Ryden et al., 2003; Petersen et al., 2002; Young et al., 2007).

O tratamento usual com antidepressivos pode ser efetivo para pacientes deprimidos que tenham uma co-morbidade clínica. Entretanto, devido à possibilidade de reincidência em casos de tratamento apenas com farmacoterapia, a combinação de diferentes modalidades terapêuticas, como o uso de antidepressivos associados à psicoterapia e orientação, podem ser efetivos no manejo e em ajudar a superar a resistência do paciente em se tratar. (Gill et al., 1999).

O tratamento de pacientes com transtornos de humor deve garantir a segurança do paciente, avaliação diagnóstica completa e um plano de tratamento em que o desfecho desejado seja não só tratar dos sintomas imediatos como também tentar proporcionar um bem-estar prolongado ao paciente.

Atualmente, a farmacoterapia e a psicoterapia individual têm sido os tratamentos usuais propostos ao paciente deprimido (Karasau, 1990). Ressalta-se a importância do correto tratamento da doença clínica de base, visto que a depressão e outras doenças clínicas quase sempre se retroalimentam, tendo como consequência uma situação ainda mais preocupante quanto ao prognóstico. (Gill et al., 1999)

1.4 Depressão e atenção primária

Estudos sobre depressão em setores de cuidados primários demonstram que apesar dos sintomas depressivos serem mais leves nesse contexto, a prevalência é expressiva nessa população, acomete cerca de 35% desses pacientes (Blazer, 1995).

Estima-se que estes apresentam altos índices de co-morbidades, baixos níveis de funcionamento psicossocial e são usuários freqüentes do serviço de saúde (Wells et al., 1989; Fleck et al., 2002). Isso tem como consequência prejuízos na qualidade de vida, aumento da morbi-mortalidade provocada pela depressão e gastos excessivos com saúde (Wells et al. 1989; Meyer et al., 2004).

Apesar dessas constatações, o reconhecimento de transtorno depressivo ainda é deficiente no setor primário: cerca de 50-60% dos casos não são detectados e não recebem tratamentos adequados e específicos. (McQuaid et al., 1999).

Para tanto o episódio depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública em atenção primária por sua prevalência e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (Simon et al., 1995). Vários estudos em diferentes países confirmam que a alta prevalência de depressão na comunidade é um dado consistente na cultura ocidental (Lepine et al., 1997) inclusive no Brasil (Almeida Filho et al., 1997).

Revisão da literatura em atenção primária indica que a prevalência de depressão, por exemplo, em pessoas com demência de Alzheimer e doença de Parkinson é de 87% e 75% respectivamente. (Strober et al. 2009). A reação psicológica frente à incapacitação gerada pela neurodegeneração de áreas cerebrais comuns às duas patologias também pode ser um preceptor de depressão (McDonald et al., 2003).

Estudo de seguimento realizado com 1.356 pacientes que já tinham um diagnóstico de episódio depressivo foram randomizados em 46 clínicas de atenção primária. Os resultados apontam para pacientes deprimidos com comorbidade clínica tendem a ter taxas similares de tratamento, mas piores desfechos quando comparados a pacientes deprimidos sem co-morbidades. O seguimento foi realizado nove e doze meses depois que o paciente passou pelo programa de tratamento para depressão em atenção primária, que consistia em receber informações sobre medicamentos e um possível acesso a psicoterapia. Entre os pacientes deprimidos com co-morbidade clínica, o uso de antidepressivos aumentou, assim como a indicação para psicoterapia. A associação desses dois tratamentos provavelmente diminuiu a taxa de episódios depressivos (Koike et al. 2000).

No Brasil, foi realizado um estudo de coorte em que os sujeitos em atenção primária diagnosticados com depressão maior foram acompanhados ao longo de nove meses. Foram incluídas diversas medidas de avaliação. A amostra foi constituída por 179 sujeitos, sendo 73% do sexo feminino, com idade média de 38 anos. Aos nove meses do estudo, 42% dos sujeitos ainda apresentavam um quadro compatível com depressão e 25% evoluíram com remissão completa dos sintomas. Somente 9% foram tratados com

antidepressivos. Este estudo demonstrou que pacientes com sintomas depressivos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamentos adequados em unidades de cuidados primários. A grande maioria permaneceu com sintomas depressivos ao final de nove meses (Lima, 2007).

Estudos dessa natureza alertam para a necessidade de implementação de medidas de treinamento para os profissionais de saúde em cuidados primários a fim da detecção e do tratamento precoce da depressão. Além disso, amplia a idéia de que o tratamento para a depressão é completo se somado a ajuda psicológica e a antidepressivos.

Um ensaio clínico randomizado de farmacologia com monitoramento telefônico com a proposta de melhorar o tratamento da depressão em atenção primária foi realizado no Chile. (Fritsch, 2007)

Este estudo demonstrou que os telefonemas colaboraram de forma significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes deprimidas. Participaram do estudo 345 mulheres com idade média de 37 anos, foram aplicados um questionário sociodemográfico, o MINI e a Escala de Depressão de Hamilton. Feito isso, os sujeitos foram randomizados para dois grupos, um recebeu o monitoramento telefônico e o outro grupo recebeu tratamento usual. As pacientes foram avaliadas no terceiro e sexto mês a partir da aplicação da Escala de Hamilton, do SF-36 e um questionário sobre usos de serviços. Ao final de três meses de tratamento 81% das pacientes do grupo monitorado havia tomado antidepressivo enquanto o grupo que recebeu cuidados usuais, apenas 30,2% havia tomado antidepressivo. E aos seis meses de tratamento 71,6% das pacientes monitoradas haviam tomado antidepressivo enquanto somente 25,2% do grupo usual haviam tomado. Ambos os grupos apresentaram uma melhora significativa tanto aos três meses quanto aos seis meses de tratamento. Este estudo indica que telefonemas sistemáticos somado ao trabalho psicoeducativo, possibilitam uma maior adesão ao tratamento da depressão (Fritsch et al., 2007).

Estudos dessa natureza apresentam estratégia simples e praticamente sem custos, além de gerar algum tipo de apoio para quem não tem uma rede de apoio suficiente.

Um estudo transcultural em atenção primária denominado “Longitudinal Investigation of Depression Outcomes” (LIDO) no qual participaram seis países (Espanha, Israel, Austrália, Brasil, Rússia e Estados Unidos), teve como objetivo verificar a associação entre qualidade de vida e desfechos econômicos em pacientes deprimidos vindos de serviços de atenção primária sendo acompanhados por um período de um ano (Chisholm et al., 2001). Foram triados 18.489 pacientes para depressão nos seis países participantes. Para rastreamento de transtorno depressivo maior foi utilizada a escala “Center for Epidemiologic Studies Depression” (CES-D). O critério de inclusão para segunda fase de avaliação diagnóstica era pontuar escore na escala CES-D maior igual a dezesseis, não ter recebido tratamento para depressão nos últimos três meses e não ter planos de se mudar nos próximos dozes meses. Foi utilizado também o “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) que é uma entrevista psiquiátrica estruturada que possibilita o diagnóstico de depressão pelos critérios do DSM-IV. Todos os pacientes que preencheram critérios para a depressão tanto para CES-D quanto para CIDI na avaliação inicial foram convidados a participar das avaliações no terceiro, nono e décimo segundo mês após a avaliação inicial. A avaliação da depressão aos nove meses foi novamente composta pelo diagnóstico do CIDI e os escores do CES-D. Os pacientes que mantiveram o diagnóstico pelo CIDI foram considerados como tendo depressão clínica persistente. Aqueles que não apresentavam diagnósticos pelo CIDI e CES-D menor que dezesseis foram considerados em remissão. Os demais pacientes que não tinham diagnóstico pelo CIDI, mas tinham pelo CES-D maior igual a dezesseis foram considerados em remissão parcial. Do total de indivíduos triados 37% destes tiveram escores na CES-D acima de 16, totalizando 4.662 indivíduos e 28% acima de 20. Dos pacientes elegíveis 2.359 (51%) completaram a avaliação diagnóstica, dos quais 1.193 pacientes (51%) apresentaram-se com depressão clínica atual. Como se esperava, a recuperação da depressão esteve associada com

escores menores de depressão na avaliação basal. O número médio de atendimento em hospital-dia ou grupo de apoio foi menor que 1 em todos os centros. O número médio de visitas a atendimento em atenção primária e ambulatorial foi de 8,5 visitas. O único centro onde o número de dias de internação hospitalar foi maior que 1 por sujeito foi na Rússia. Estes achados demonstram que a identificação dos pacientes com diagnóstico de depressão depende dos atendimentos em atenção primária, apesar da não especialização do atendimento e fraco encaminhamento para atendimento secundário. (Simon et al., 2002).

O projeto LIDO, até o presente momento, tem dez estudos publicados, oito utilizaram de amostras internacionais (Chisholm et al., 2001; Herrman et al., 2002; Simon et al., 2002; Chisholm et al., 2003; Simon et al., 2004; Fleck et al., 2002; Diehr et al., 2006) e dois utilizaram amostras brasileira (Lima et al., 2007; Rocha et al., 2008).

1.5 Pacientes internados em hospital geral

Considerando os pacientes internados em hospital geral devido a outras doenças clínicas, soma-se outro problema: a dificuldade de saber quando o sofrimento deixa de ser uma resposta humana normal ao sentimento de dano, perda, incerteza e vulnerabilidade para transformar-se em depressão.

Estudos indicam que, na maioria das vezes, os sintomas depressivos não persistem e remitem assim que há tempo suficiente para a adaptação àquela situação. Esses sintomas transitórios não fecham critérios para depressão, mas sim para transtornos de adaptação. O desconforto, o comprometimento da aparência física, a incapacitação e a mudança de vida associados à outra doença clínica são fatores de risco para a depressão (Furlanetto e Brasil, 2006).

Em um estudo de seguimento realizado em um hospital geral da Holanda com 126 pacientes diagnosticados com doença cardiovascular,

doença crônica pulmonar e diabetes mellitus e que estavam deprimidos foram distribuídos aleatoriamente em um grupo de intervenção e de controle. Esses pacientes foram incluídos no estudo por apresentarem sintomas depressivos moderados e severos baseados no MINI e critérios diagnósticos do DSM-IV. O grupo de intervenção teve acesso a tratamento multidisciplinar e o grupo de controle recebeu cuidados usuais. A mensuração do seguimento ocorreu depois de três, seis, nove e doze meses através do questionário Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Os resultados obtidos indicaram que o transtorno depressivo é crônico e na maioria das vezes a doença é recorrente (Horn et al, 2007).

Um estudo realizado na Austrália com 50 pacientes com câncer ginecológico num serviço de oncologia mediu o nível de ansiedade e depressão entre o período de pós-operatório e seis semanas depois da cirurgia utilizando-se da HAD como instrumento. O critério de inclusão era ter um diagnóstico recente de câncer, não ter histórico psiquiátrico e ter como indicação primeira de tratamento do câncer a cirurgia. O questionário incluía a Hospital Anxiety and Depression (HAD) e General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) e foi aplicado em todos os sujeitos antes da randomização. O grupo de intervenção recebeu sessões de relaxamento e eram encorajados a falar sobre sua doença, seu estado emocional e seu tratamento, enquanto que o grupo controle recebia tratamentos usuais. Os resultados não apontam diferenças significativas entre o grupo controle (HAD= 9.72) e do grupo de intervenção (HAD=12.79) no que se refere aos dados do início do estudo; no seguimento a diferença é significativamente baixa no grupo de intervenção (HAD=3.58) comparado ao grupo controle (HAD=7.96). (Petersen et al., 2002).

Isso significa afirmar que a intervenção está associada com uma significativa redução de sintomas como ansiedade e depressão em pacientes com outra doença clínicas.

Estudo transversal realizado no Hospital de Clínicas da Unicamp teve como objetivo determinar as prevalências de depressão e de risco de suicídio em indivíduos com câncer internados em um hospital geral universitário e

avaliar fatores associados a essas condições. Nos 675 pacientes com câncer, as prevalências foram de 18,3% (IC95% = 15,4 – 21,4) para depressão e de 4,7% (IC95% = 3,2 – 6,7) para risco de suicídio. A prevalência de depressão foi maior entre pacientes com câncer do que nos demais pacientes internados (13,2%; $p = 0,0009$). Associaram-se à depressão ($p < 0,05$): sexo feminino, menor escolaridade, maior tempo de doença, dor, uso de psicofármaco e risco de suicídio. Associaram-se ao risco de suicídio: dor e depressão. Este estudo aponta que a prevalência aumentada de depressão e o risco de suicídio em pacientes com câncer aconselham-se o uso de instrumentos simples de rastreamento e a inclusão, na anamnese, de algumas perguntas mais específicas sobre essas condições clínicas. (Fanger et al., 2010)

Estudo realizado em hospital universitário brasileiro com 241 pacientes internados teve como objetivo testar variáveis em pacientes com transtornos depressivos internados em enfermarias de clínica médica e avaliar sua evolução. Foi utilizado SADS-M (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – versão médica) para indicar a existência ou não de episódios depressivos nesses pacientes no momento da admissão no hospital. Dos 241 pacientes internados, 194 apresentaram ausência de episódio depressivo, enquanto 47 pacientes estavam com episódio depressivo no momento da admissão no hospital, desses 20 pacientes apresentaram intensidade leve sendo que 40% tiveram remissão dos sintomas durante a internação e em 60% persistiram os sintomas após a alta; 17 pacientes apresentaram sintomas moderado, 17,5% com remissão dos sintomas depressivos, enquanto que 65% permaneceram com os sintomas e 17,5% foram a óbito; 10 pacientes apresentaram sintomas graves, 60% deles os sintomas persistiram e 40% foram a óbito. (Furlanetto et al., 1996).

Este estudo mostrou que os pacientes sem tratamento específico apresentaram uma evolução desfavorável com persistência da depressão e alta taxa de mortalidade. A importância da detecção no momento da internação de história prévia de depressão, revela que um grupo com essas características tem um pior prognóstico do que aqueles que deprimem durante a internação (Furlanetto et al., 1998).

O tempo restrito de internação geralmente não permite tratamento adequado para os problemas mentais eventualmente detectados, neste caso, a depressão. O encaminhamento para um serviço de saúde mental no momento da alta torna-se fundamental para uma suposta continuidade do tratamento.

O contexto hospitalar traz uma oportunidade única para detectar, intervir e acompanhar o paciente em sua condição emocional durante a internação. Há razões para se acreditar que a internação é um momento oportuno para intervenção por tratar-se de uma situação marcante na vida do paciente que, estando fragilizado e mobilizado emocionalmente pelo adoecimento, poderá repensar seus comportamentos.

Um recente estudo de intervenção realizado no Hospital de Clínicas da UNICAMP teve como objetivo identificar taxas de prevalência e perfis de pacientes associados a depressão, transtornos por uso de álcool e dependência de nicotina em indivíduos internados em um hospital geral universitário. Foram avaliados 4.352 pacientes internados consecutivamente pelas escalas *Hospital Anxiety and Depression* e *Alcohol use Disorder Identification Test*. Eles também foram questionados sobre uso diário de cigarros ao longo do último mês. Análises de regressão logística múltipla foram realizadas. Dos pacientes avaliados, 56,6% eram de sexo masculino, e a média de idade foi de 49,3 anos. As taxas de prevalência de depressão, transtornos por uso de álcool e dependência de nicotina foram, respectivamente, 14%, 9,8% e 16,9%. Na análise multivariada, depressão associou-se a tentativa prévia de suicídio (OR = 8,7), menor escolaridade (3,6), uso prévio de psicofármacos (3,1), câncer (1,7) e dor (1,7). Transtornos por uso de álcool associaram-se a sexo masculino (OR = 6,3), tabagismo (3,5), internação por uma causa externa (2,4), notadamente acidentes automobilísticos, e tentativa prévia de suicídio (2,3). A dependência de nicotina associou-se a transtornos por uso de álcool (OR = 3,4), idade adulta jovem (2,3), viuvez (2,2) e tentativa prévia de suicídio (1,8). Esta é a maior amostra de pacientes clínicos e cirúrgicos, internados num hospital geral brasileiro, avaliados com instrumentos padronizados. Houve considerável prevalência de transtornos mentais, e os respectivos perfis dos pacientes enfatizam a necessidade de se desenvolver

métodos mais eficientes de detecção e de manejo desses transtornos. A internação hospitalar deveria ser tomada como um marco na vida de uma pessoa, a partir do qual se detecta um transtorno psiquiátrico e estratégias específicas de tratamento são implementadas. (Botega et al. 2010)

Nas últimas duas décadas, revisando estudos nacionais e internacionais sobre depressão em pacientes internados em hospital geral (Botega et al., 1994; Cavanaugh, 1995; Fráguas, 1995; Furlanetto, 1996; Fráguas et al., 2002; Furlanetto et al. 2006;), verifica-se, como objetos de estudo principais: a relação entre gravidade da doença física e a depressão (Burg et al., 2001; Anderson et al., 2001; Bair et al., 2003; Carson et al., 2003; Furlanetto et al., 2003; Craig et al., 2009; Pozuelo et al., 2009; Botega et al., 2010) e estudos em atenção primária (Spitzer et al., 1995; McQuaid et al., 1999; Fleck et al., 2002; Meyer et al., 2004; Lima, 2007; Rocha, 2008; Strober et al., 2009).

No Brasil, até o presente momento, não foi encontrado nenhum estudo que pudesse dizer o que acontece após a alta de pacientes deprimidos internados em hospital geral e que continuaram seu tratamento médico/psiquiátrico na atenção primária. Na literatura internacional há estudos dessa natureza (Levenson et al., 1992; Carson et al 2003; Koike et al 2000; Cole et al 2006; Horn et al 2007).

Atualmente a depressão é um dos principais temas pesquisados, diante de prevalências tão altas e alarmantes, o sentimento é de que algo ainda falta para a compreensão desse quadro psicopatológico. Os dados epidemiológicos evidenciam sua proliferação. A depressão intriga e convida a interrogar sua origem, entender melhor os diagnósticos, as etiologias e os tratamentos de que se dispõem hoje. Parece claro que ainda se tem um longo caminho a percorrer para se tomar as rédeas desse flagelo humano. (Werlang et al., 2009)

2. OBJETIVO

- Descrever o perfil e a evolução clínica após seis meses da alta hospitalar de pacientes internados em um hospital geral nos quais detectou-se depressão.

3. MÉTODO

Desenho e Local

Trata-se de um estudo de coorte com pacientes internados em hospital geral universitário. Os participantes foram avaliados durante a internação e decorridos 6 meses após a alta hospitalar foram reavaliados por uma entrevista telefônica. Os casos foram incluídos após passarem por duas fases do estudo: um rastreamento e uma entrevista para confirmação diagnóstica de depressão.

O estudo ocorreu no Hospital das Clínicas que é um hospital público com 380 leitos associado à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O hospital é o mais especializado centro médico para aproximadamente 5 milhões de pessoas que vivem na região metropolitana da cidade de Campinas.

Sujeitos

Entre outubro de 2007 e junho de 2008 foram triados 2.414 (85,1%) dos 2.837 pacientes internados, com 18 anos de idade ou mais, exceto na enfermaria psiquiátrica e na unidade de cuidados intensivos. Caso o paciente tenha tido outras internações nesse período, somente a primeira foi considerada.

Critério de inclusão

- Pacientes internados em enfermarias clínicas há 24 - 48 horas.
- Idade \geq 18 anos.
- Ter moradia fixa no estado de São Paulo.
- Não ter plano de mudança de cidade nos próximos 12 meses.
- Ter um telefone acessível para contato.

Critério de exclusão

- Previsão de curta permanência no hospital (<24horas).
- Incapacidade de compreender as perguntas por déficit cognitivo, afasias (de compreensão ou expressão) ou transtorno psicótico.
- Falta de fluência em português.
- Paciente cuja gravidade clínica impeça a entrevista (exemplo:coma, *delirium tremens* e dor extrema).
- Pacientes fumantes (uso diário de pelo menos 1 cigarro nos 30 dias que antecederam a internação)*
- Pacientes com abuso ou dependência de álcool.**

Na fase do rastreamento, 24 indivíduos (1%) recusaram-se a participar do estudo e 366 (15,1%) foram excluídos. A exclusão se deu por: fumar ou fazer uso de álcool (22,5%); condições clínicas graves que o impedisse responder a entrevista, incapacidade de compreender as perguntas por déficit cognitivo (42,6%), alta hospitalar em poucas horas (15,1%), residência fora do estado de São Paulo (16,3%) e não ter telefone acessível para contato no seguimento telefônico (3,5%).

Dessa forma, dentre os 2.024 pacientes avaliados, 249 foram detectados como possíveis casos de depressão.

*Um total de 2.414 pacientes foram triados. Duzentos e trinta e sete fumantes foram divididos aleatoriamente em alta intensidade de intervenção (HII; 30 min de entrevista motivacional, além de sete telefonemas de rotina após a alta hospitalar) ou de baixa intensidade de intervenção (LII, 15 min de aconselhamento sobre os benefícios de parar de fumar) e 80 constituíram o tratamento usual UC) grupo (. Seis meses após a alta hospitalar, todos os participantes foram contatados por telefone. A principal medida foi o abandono do tabagismo. (Azevedo et al., 2010).

** Uso nocivo de álcool (AUDIT \geq 8) foi detectado em 423 pacientes. Dentre estes, 60 (14,2%) tinham depressão (HAD \geq 8), e 34 (8%) tinham histórico de tentativa de suicídio. Observou-se maior frequência de tentativa de suicídio prévia em pacientes que estavam deprimidos ($p = 0,0001$), com HIV ($p = 0,0001$) e que faziam uso de psicofármacos ($p = 0,02$). (Lima et al., 2010)

Nessa fase do estudo (entrevista de confirmação diagnóstica), 115 (43,2%) dos 249 pacientes não puderam ser entrevistados, pois tiveram alta hospitalar antes da aplicação do MINI, 44 (16,5%) tinham depressão de menor gravidade, 30 não tiveram o diagnóstico de depressão confirmado, 6 estavam impossibilitados clinicamente para nova entrevista, 3 faleceram e um recusou nova entrevista.

Pretendia-se compor uma amostra com 300 pacientes. Mas apenas os primeiros 50 casos confirmados com diagnóstico de depressão realizaram uma segunda entrevista e foram incluídos no estudo. A razão da redução amostral se deu principalmente pela falta de tempo hábil da pesquisadora em conseguir confirmar a depressão antes que os pacientes recebessem alta hospitalar. Não havia uma equipe de pesquisadores disponível que pudesse auxiliar.

Instrumentos

Dados e motivos da internação foram coletados do prontuário médico. O rastreamento foi composto por escalas psicométricas e aplicado ao paciente no leito denominado *Formulário Comum de Rastreamento* (FCR) (Anexo 1).

O instrumento utilizado para detectar prováveis casos de depressão foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), composta por 14 itens de múltipla escolha de ansiedade e depressão (Zigmond and Snaith, 1983). A determinação dos casos de depressão deu-se quando o escore era igual ou maior que 8 (em escala de 0 a 21 pontos) nos sete itens da subescala de depressão. Essa escala foi validada em estudo prévio realizado no mesmo hospital (Botega et al., 1995). Neste estudo, utilizamos apenas a escala de depressão, composta pelos seguinte itens:

Não sentir gosto pelas coisas; Não rir e não se divertir mais; Não se sentir alegre; Estar lento para pensar e agir; Sem interesse pela aparência; Não se animar com o futuro; Não ter prazer com TV e rádio (Botega et al., 1995).

A confirmação de depressão foi feita pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI - versão 5.0)* (Anexo 2). Trata-se de uma entrevista psiquiátrica estruturada, capaz de produzir diagnósticos segundo a CID -10 e o DSM IV (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000).

Quando o diagnóstico de depressão era confirmado, outras informações relacionadas à saúde mental eram coletadas (Anexo 3).

As variáveis sociodemográficas (Anexo 3) serão descritas a seguir:

Sexo - masculino ou feminino; Idade em anos divididos em faixas etárias; Estado civil - solteiro (a) sem nenhuma relação amorosa ou com relação amorosa, mas residindo em casas distintas; casado (a) - união oficial ou morando com parceiro (a) no mínimo 1 mês; divorciado (a) – oficialmente ou separado(a) do parceiro(a) que residia na mesma casa ; viúvo(a) cônjuge falecido(a). Ocupação - dona de casa: sem nenhum trabalho formal; Economicamente ativo – emprego registrado (incluindo autônomo); trabalhador(a) temporário(a); Economicamente inativo – aposentado(a) por tempo de serviço, de licença saúde (afastado(a)), desempregado(a) e aposentado(a) por invalidez. Anos de escolaridade – nunca frequentou a escola (inclui analfabetos); 1 a 8 – ensino fundamental; 9 a 11 – ensino médio; igual a 12 anos - ensino superior.

O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) avalia não só o número de doenças clínicas, mas também, a gravidade destas doenças. O cálculo é corrigido para cada idade, ou seja, para cada década acima de 40 anos adiciona-se 1 ponto à pontuação que foi dada às comorbidades existentes. (Charlson et al., 1994; Ramiarina et al., 2008). O Código Internacional de Doenças (CID-10) foi o critério adotado como consenso de diagnóstico do paciente para que assim fosse realizado o cálculo do índice de gravidade. (Caetano, 2008).

A dor foi avaliada a partir da dicotomização da gradação de uma escala likert de 0 a 10. Para o paciente sem dor foi atribuído (não = zero) ou com dor (sim >0). (Anexo 1)

Procedimento

A entrevista de rastreamento foi realizada entre 24 e 48 horas após internação. Vinte estudantes de medicina foram treinados para administrar os questionários do rastreamento. O treinamento consistiu em cinco encontros semanais com duração de duas horas cada e os temas abordados foram: introdução, role-playing das entrevistas, duas aplicações da entrevista em parentes e supervisão da aplicação.

Numa segunda entrevista, de confirmação diagnóstica, feita até 48 horas após o rastreamento a aplicação completa do MINI foi feita por uma de duas psicólogas que receberam treinamento para uso desse instrumento. Pacientes com depressão receberam informações e orientações sobre depressão (Anexo 4) e um folheto com encaminhamento para unidade básica de saúde mais próxima de sua residência (Anexo 5).

Pacientes com risco iminente de suicídio receberam cuidados usuais providos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica. Devido ao caráter naturalístico do estudo, não interferimos na conduta dos médicos durante a internação, portanto o tratamento farmacológico para depressão não foi iniciado. Foi realizada uma intervenção psicoeducativa a fim de esclarecer os sintomas e a necessidade de tratamento para a depressão.

Seis meses após alta hospitalar os pacientes receberam uma ligação telefônica do pesquisador e foram questionados sobre a procura por tratamento em saúde mental, consultas em serviços de saúde mental e novas internações. Além disso, foram aplicados novamente a HAD e informações sobre tratamento em saúde mental (Anexo 6).

Análise de Dados

Definimos a “melhora” do paciente quando este apresentava diminuição maior ou igual a 50% do escore da HAD em comparação com a primeira aplicação no início do estudo (Bagby et al., 2002). Os pacientes que completaram o estudo foram divididos em dois grupos de acordo com a melhora da depressão. Variáveis do início e do final do sexto mês do estudo foram comparadas entre os grupos.

O perfil clínico e a evolução, após a alta desses pacientes foram dispostos em tabelas. Quando se tratava de variáveis categóricas, eram comparadas por meio dos testes estatísticos do Qui-quadrado e de Fisher. Diferenças entre medidas de tendência central (média, mediana) foram comparadas por meio dos testes estatísticos supracitados.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Anexo 7). Cada participante foi informado sobre o estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento (Anexo 8).

4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas seções: 1) características do grupo de 50 pacientes em que foi detectado um episódio depressivo; 2) as características diferenciais entre o grupo que melhorou e o que não melhorou da depressão ao final do período de seis meses após a alta hospitalar.

As impressões clínicas dos trechos relatados pelos sujeitos no momento da reavaliação por telefone constam no anexo 9.

4.1 Características da Amostra

Na tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas dos pacientes diagnosticados com depressão. Observa-se a predominância de pessoas da região de Campinas, de sexo feminino, casadas e a baixa escolaridade dos pacientes que compõem nossa amostra, um quarto dos quais é de analfabetos.

Numa amostra em que há predominância de adultos jovens, observa-se que a maioria está economicamente inativa (desempregada, afastada ou aposentada por doenças). Isso muito provavelmente, deve-se à gravidade de suas condições clínicas, como aparece nas tabelas 2 e 3, que mostram, respectivamente, as razões pelos quais as pessoas foram internadas e as doenças de base que já possuíam. Em 17 casos não se registrava no prontuário uma doença de base, além da razão da internação.

Tabela 1. Características sociodemográficos dos 50 casos de depressão na entrada do estudo

Características	N(%)
Sexo	
Masculino	16 (32%)
Feminino	34 (68%)
Idade (anos)	
Faixas etárias 18-35	10 (20%)
36-50	14 (28%)
51-62	19 (38%)
>= 63	7 (14%)
Média 49,3 (desvio-padrão =14,5)	
Estado civil	
Solteiro	8 (16%)
Casado	31 (62%)
Divorciado	7 (14%)
Viúvo	4 (8%)
Ocupação	
Dona-de-casa	7 (14%)
Economicamente ativo	14 (28%)
Economicamente inativo	29 (58%)
Anos de escolaridade	
Nunca frequentou escola	12 (26%)
1 a 8	28 (56%)
9 a 11	8 (16%)
=12	2 (4%)
Tem religião	49 (98%)
Frequência a cultos religiosos	27 (55%)
Nenhuma vez	22 (43%)
1 a 2 vezes no mês	9 (19%)
3 a 6 vezes no mês	11 (24%)
7 vezes ou mais no mês	7 (14%)
Cidade de origem	
Campinas	16 (32%)
Outras cidades da regional de saúde	27 (55%)
Cidades fora da regional de saúde	7 (14%)

Tabela 2. Razões de internação dos 50 casos de depressão.

Razão da Internação	Total
Infecções	9
Neoplasia maligna	7
Doenças do aparelho digestivo	7
Insuficiência renal ou outras doenças renais	6
Doenças vasculares	4
Doenças pulmonares	3
Doenças neurológicas	3
Arritmia cardíaca	3
Infarto agudo do miocárdio	3
Transplante renal	2
Cirurgia bariátrica	1
Hipertensão arterial grave	1
Diabetes descompensado	1

Tabela 3. Doenças de base mais frequentes nos 50 casos de depressão.

Doenças de base	Número de ocorrências *
Hipertensão arterial sistêmica	12
Diabetes	10
Doenças cardíacas	8
Transplante renal	5
Insuficiência renal crônica	5
Câncer	4
Hepatite	4

* 11 pacientes tinham 1 doença de base, 9 tinham 2 e 13 tinham 3 doenças de base.

A tabela 4 contém as características da população deste estudo que vinha utilizando dos serviços hospitalares antes da atual internação. A dor, no momento da avaliação inicial, estava presente na maioria dos casos.

Tabela 4. Características clínicas gerais dos pacientes

Características	N(%)
Atendimento em pronto-socorro nos últimos doze meses	
nenhuma vez	8 (16%)
1 vez	13 (26%)
2-3 vezes	11 (22%)
>4 vezes	8 (16%)
Internação em hospital geral nos últimos cinco anos	
nenhuma vez	10 (20%)
1 vez	21 (42%)
2-3 vezes	11 (22%)
>4 vezes	8(16%)
Tipo de internação	
Clínica	32 (64%)
Cirurgia	18 (36%)
Dor no dia da avaliação inicial	26(52%)
Duração da internação (dias)	
1-5	24(48%)
6-10	17 (34%)
11-15	6 (12%)
16-20	2 (4%)
>21	1 (2%)
Índice de Comorbidade de Charlson	
0-2	32 (64%)
3-5	12 (24%)
6-8	6(12%)
Média (desvio-padrão =1.6)	

Na tabela 5 observa-se que 44% das pessoas de nossa amostra já haviam tomado remédio para a depressão no passado e 58% haviam tido ideação suicida no último mês. No momento da internação, 40% tinham pontuação na HAD-D (maior ou igual a 13, o que é compatível com gravidade moderada/grave. O diagnóstico de comorbidade psiquiátrica, além de depressão, foi feito em um quarto dos casos.

Tabela 5. Características clínicas referentes à depressão.

Características	N (%)
Teve episódio depressivo no passado	5 (10%)
Tomou remédio para depressão no passado	22 (44%)
Fez tratamento em serviços de saúde mental *	14 (28%)
História de depressão na família	21 (42%)
Em uso de psicofármaco durante internação	9 (18%)
Pontuação na HAD-D	
8 – 12 pontos	30 (60%)
13 – 17 pontos	14 (28%)
18 – 21 pontos	6 (12%)
Pensamento suicida durante o último mês	29 (58%)
Tentativa de suicídio prévia	9 (18%)
Passou por interconsulta psiquiátrica durante a internação	7 (14%)
Outros diagnósticos além da depressão (MINI)	
Transtorno de pânico Ao longo da vida	2 (4%)
Fobia social atual	1(2%)
Transtorno de ansiedade generalizado atual	5 (10%)
Agorafobia sem história de pânico atual	4 (8%)

* 3 pacientes já foram internados em hospital psiquiátrico

HAD-D = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview

4.2 Características Diferenciais ao Final de Seis Meses

Decorridos seis meses da alta hospitalar 5 pacientes haviam falecido. Não conseguimos informações sobre 7 pacientes (em 6 casos o telefone fornecido deixou de ser atendido; um paciente recusou-se a continuar no estudo). As tabelas 6 e 7 contêm características sociodemográficas e clínicas de dois grupos de pacientes: os que faleceram e os que não concluíram o seguimento.

Tabela 6. Características sociodemográficas de pacientes que não concluíram o seguimento

Características	Óbitos n (%)	Não concluíram n (%)
Sexo		
masculino	3 (60%)	2 (28,5%)
feminino	2 (40%)	5 (71,4%)
Idade (anos)		
faixa etária 18-35	1 (20%)	0
36-50	2 (40%)	2 (28,5%)
51-62	2 (40%)	3 (43%)
>=63	0	2 (28,5%)
Estado civil		
solteiro	1 (20%)	2 (28,5%)
casado	4 (80%)	3 (43%)
divorciado	0	1 (14,2%)
viúvo	1(20%)	1 (14,2%)
Ocupação		
dona de casa	0	3 (43%)
economicamente ativo	1 (20%)	1 (14,2%)
economicamente inativo	4 (80%)	3 (43%)
Escolaridade		
nunca freqüentou escola	2 (40%)	1 (14,2%)
1 a 8	3 (60%)	5 (71,4%)
9 a 11	0	1 (14,2%)
=12	0	0
Freqüência a cultos religiosos	2 (40%)	4 (57,1%)
1 a 2 vezes no mês	1 (20%)	0
3 a 6 vezes no mês	1 (20%)	2 (28,5%)
7 vezes ou mais no mês	0	2 (28,5%)
Cidade de origem		
Campinas	2 (40%)	4 (57,1%)
Outras da regional de saúde	3 (60%)	2 (28,5%)
Fora da regional de saúde	0	1 (14,2%)

Dos cinco falecimentos ocorridos, 2 deveram-se a complicações de neoplasia, 2 por insuficiência respiratória e um a acidente vascular cerebral, segundo informação dada por familiares.

Tabela 7. Características clínicas de pacientes que não concluíram o seguimento

Características	Óbitos n (%)	Não concluíram n (%)
Teve episódio depressivo no passado	2 (40%)	3 (43%)
Tomou remédio para depressão no passado	2 (40%)	0
Fez tratamento em serviços de saúde mental	0	0
Atendimento em pronto socorro nos últimos doze meses		
nenhuma vez	0	1 (14,1%)
1 vez	2 (40%)	4 (57,1%)
2-3 vezes	1 (20%)	2 (28,5%)
>4 vezes	2(40%)	0
Atendimento em hospital geral nos últimos cinco anos		
nenhuma vez	0	1 (14,1%)
1 vez	1 (20%)	4 (57,1%)
2-3 vezes	2 (40%)	2 (28,5%)
>4 vezes	2 (40%)	0
História de depressão na família	1 (20%)	2 (28,5%)
Tipo de internação		
clínica	3 (60%)	5 (71%)
cirúrgica	2 (40%)	2 (28,5%)
Em uso de psicofarmaco durante a internação	2 (40%)	0
Pontuação na HAD-D		
8-12 pontos	2 (40%)	5 (71,4%)
13-17 pontos	2 (40%)	2 (28,5%)
18-21 pontos	1 (20%)	0
Dor no dia da entrevista	3 (60%)	6 (86%)
Pensamento suicida durante o último mês	2 (40%)	4 (57,1%)
Tentativa de suicídio prévia	0	0
Passou por interconsulta psiquiátrica durante a internação	0	1 (14,1%)
Duração da internação (dias)		
1 a 7	1 (20%)	5 (71,4%)
8 a 14	3 (60%)	0
>=15	1 (20%)	2 (28,5%)
Média	11.8	10
Pacientes com outros diagnósticos além da depressão – MINI	0	1 (14,1%)
Transtorno do pânico sem agorafobia	0	0
Fobia social atual	0	0
Transtorno de ansiedade atual	0	0
Agorafobia sem história transtorno de pânico atual	0	0
Transtorno de pânico a vida inteira	0	1 (14,1%)
Índice de Comorbidade de Charlson		
0-2	2 (40%)	4 (57,1%)
3-5	1 (20%)	2 (28,5%)
6-8	2 (40%)	1 (14,1%)
Média	3.4	2.9

Dos 38 pacientes que conseguimos reavaliar aos seis meses após a alta 25 (66%) continuavam deprimidos. Na tabela 8 apresentam-se as características sociodemográficas dos pacientes que melhoraram e dos que não melhoraram da depressão após seis meses da alta hospitalar.

Tabela 8. Características sociodemográficas, no início do estudo, de pacientes com depressão, segundo desfecho (melhora x não melhora) após seis meses da alta hospitalar.

Características	Melhoraram (n=13)	Não Melhoraram (n= 25)	<i>p</i>
Sexo			
masculino	6 (46%)	5 (20%)	0,13*
feminino	7 (54%)	20 (80%)	
Idade (anos)			
faixa etária 18-35	5 (39%)	4 (16%)	0,45*
36-50	2 (15%)	8 (32%)	
51-62	4 (31%)	10 (40%)	
>=63	2 (15%)	3 (12%)	
Situação conjugal			
com parceiro	6 (46%)	18 (72%)	0,16*
sem parceiro	7 (54%)	7 (28%)	
Ocupação			
dona de casa	4 (31%)	3 (12%)	0,35*
economicamente ativo	4 (31%)	8 (32%)	
economicamente inativo	5 (39%)	14 (56%)	
Escolaridade			
0 a 4	10 (83%)	17 (71%)	0,68*
>4	2 (17%)	7 (29%)	
Frequência a cultos religiosos			
uma vez por semana ou mais	8 (62%)	12 (50%)	0,50*
menos do que uma vez por semana	5 (38%)	12 (50%)	
Cidade de origem			
Campinas	4 (31%)	6 (24%)	-
Outras da regional de saúde	8 (61%)	11 (44%)	
Fora da regional de saúde	1 (7%)	6 (24%)	

Na tabela 9 apresentam-se as características clínicas dos pacientes que melhoraram e não melhoraram da depressão.

Tabela 9. Características clínicas, no início do estudo, de pacientes que melhoraram e que não melhoraram da depressão

Características	Melhoraram (n=13)	Não melhoraram (n= 25)	<i>p</i>
Teve episódio depressivo no passado	0	3 (12%)	0,34
Tomou remédio para depressão no passado	4 (31%)	13 (52%)	0,21
Fez tratamento em serviços de saúde mental	4 (31%)	5 (20%)	0,46
Atendimento em pronto socorro nos últimos doze meses			
nenhuma vez	1 (8%)	6 (24%)	0,74*
1 vez	3 (23%)	4 (16%)	
2-3 vezes	4 (31%)	7 (28%)	
>4 vezes	5 (38%)	8 (32%)	
Atendimento em hospital geral nos últimos cinco anos			
nenhuma vez	3 (23%)	5 (20%)	0,87*
1 vez	7 (54%)	12 (48%)	
2-3 vezes	1 (8%)	5 (20%)	
>4 vezes	2 (15%)	3 (12%)	
História de depressão na família	6 (46%)	12 (48%)	0,91**
Tipo de internação			
clínica	7 (54%)	8 (32%)	0,48*
cirúrgica	6 (46%)	17 (68%)	
Em uso de psicofarmaco durante a internação	4 (31%)	6 (24%)	0,07*
Pontuação na HAD-D			
8-12 pontos	6 (46%)	13 (52%)	
13-17 pontos	2 (15%)	8 (32%)	
18-21 pontos	1 (8%)	4 (16%)	
Dor no dia da entrevista	10 (77%)	9 (36%)	0,01**
Pensamento suicida durante o último mês	2 (15%)	6 (24%)	0,68*
Tentativa de suicídio prévia	0	6 (24%)	0,72*
Passou por interconsulta psiquiátrica durante a internação	2 (15%)	4 (16%)	
Duração da internação (dias)			
1 a 7	6 (46%)	13 (52%)	
8 a 14	8 (61,5%)	4 (16%)	
>=15	2 (15%)	2 (8%)	
Média	13,8	11	0,49***
Índice de Comorbidade de Charlson			
0-2	4 (31%)	15 (60%)	
3-5	1 (8%)	8 (32%)	
6-8	1 (8%)	2 (8%)	
Média	1,8	2,5	

*Teste de Fisher **Teste do Qui-quadrado ***Mann-Whitney

Na tabela 10 encontram-se alguns eventos ocorridos ao longo dos seis meses que separaram a alta hospitalar da avaliação que realizamos aos seis meses.

Observa-se, dentre os que não melhoraram da depressão, maior frequência de reinternações.

Tabela 10. Ocorrências ao longo dos seis meses de alta hospitalar do grupo que melhorou da depressão e do grupo que não melhorou da depressão.

Ocorrências	Melhorou da depressão n=13	Não melhorou da depressão n =25	p
Nova Internação clínica			
Não	11 (85%)	13 (52%)	0.08*
1vez	2 (15%)	4 (16%)	
≥ 2 vezes	0	8 (32%)	
Fez tratamento para depressão			
Sim	2 (15%)	10 (40%)	0.16*
Não	11 (85%)	15 (60%)	
Tipo de tratamento			
antidepressivo	1(7,6%)	3 (12%)	-
psicoterapia	1 (7,6%)	4 (16%)	
antidepressivo/psicoterapia	0	3 (12%)	
Ideação suicida (aos seis meses após a alta)			
sim	0	16 (64%)	0.01*
não	13 (100%)	13 (36%)	

*Teste de Fisher

Observa-se que, dos 38 pacientes avaliados aos seis meses, 12 (31%) estavam em tratamento para depressão. Desses, 4 estavam sendo tratados exclusivamente com medicação antidepressiva e 4 exclusivamente com psicoterapia. Três estavam recebendo as duas modalidades de tratamento conjuntamente.

5. DISCUSSÃO

Este estudo apresenta características sociodemográficas e clínicas de pacientes que foram diagnosticados com episódio depressivo, por meio de uma entrevista psiquiátrica padronizada, durante a internação hospitalar por uma patologia clínica ou cirúrgica. Decorridos seis meses da alta hospitalar, 66% dos pacientes que conseguimos reavaliar continuavam deprimidos; 12 (31%) pacientes haviam recebido tratamento para depressão. Dos que continuavam deprimidos, 16 (64%) tinham ideação suicida.

Embora haja alguns autores nacionais em destaque nos estudos da depressão associados a outras condições clínicas, (Furlanetto et al., 1995, 1996, 1998, 2001, 2003, 2006; Fráguas 1995, 2001; Fleck et al., 2002; Botega 1994, 1995, 1998, 2010), tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo brasileiro que, adotando um delineamento naturalístico, pode chegar a esses dados.

Houve dificuldade para encontrar parâmetros que pudessem comparar os achados, uma vez que não se conhece outros estudos brasileiros avaliando depressão em pacientes após seis meses de alta hospitalar. Por isso, em algumas situações, os achados aqui apresentados são comparados a estudos internacionais.

Dentre as considerações metodológicas, aponta-se inicialmente, o caráter não intervencionista e descritivo do estudo. O tratamento farmacológico para depressão não foi iniciado pela pesquisa, senão em quatro casos de elevado risco de suicídio que acabaram sendo avaliados pelo Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do hospital. Outros três casos foram, também, atendidos por um residente de psiquiatria em resposta à solicitação do médico assistente.

Não repetiríamos este desenho de estudo, em que a responsabilidade pelo tratamento fica, após a alta, exclusivamente dependente da iniciativa do paciente e da disponibilidade da rede pública. O paciente deprimido, pelo próprio estado de saúde física e mental, encontrará dificuldades, tanto motivacionais, quanto práticas, para obter tratamento psiquiátrico. De outro lado, sabe-se das dificuldades da rede pública de saúde mental para absorver dessa demanda.

Este estudo poderia ter contado com o apoio do serviço social do HC-Unicamp para garantir ao paciente um encaminhamento contra-referenciado, em que a procura por atendimento ficaria como responsabilidade da assistente social, profissional especializada nessa conduta, e não do paciente.

A possibilidade dos pacientes saírem da internação direcionados a uma Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência poderia ter facilitado o acesso ao tratamento. Além disso, esse procedimento poderia vislumbrar um pequeno mapeamento das regiões que possuem profissionais da saúde mental, assim como aqueles que não possuem esses profissionais. E assim, uma discussão mais efetiva poderia ocorrer sobre a temática de serviços especializados na Saúde Pública.

A proposta deste estudo limitou-se a diagnosticar apenas pacientes com depressão, não avaliou quadros subclínicos da depressão. É possível que muitos indivíduos deprimidos não cheguem a preencher critérios para depressão, mas já tenham sofrimento psíquico suficiente para obter pontuação nas escalas da depressão. Além disso, dependendo do ponto de corte utilizado na escala para detectar os casos, a prevalência pode sofrer variação. (Furlanetto et al., 2006)

Este estudo poderia ter mensurado e sistematizado, após seis meses da alta hospitalar, a eficácia da intervenção psicoeducativa realizada após a confirmação diagnóstica no momento da internação.

Alguns relatos (anexo 9) apontam que a intervenção educativa pôde colaborar na desconstrução das crenças errôneas frente ao tratamento da depressão, mas sem condições de generalizações.

“Procurei tratamento logo depois que a senhora me atendeu no hospital, a nossa conversa foi boa. Eu quero conversar com uma psicóloga sempre. Eu estou doente, mas minha saúde ainda ta boa e conversar vai ajudar ainda mais”.

Outro aspecto a ser considerado é que a população estudada não pode ser tomada como representativa do universo de pacientes internados em hospitais gerais

que são diagnosticados com depressão. Isso por pelo menos três razões: o pequeno tamanho de nossa amostra e as características do HC Unicamp, instituição de alta complexidade, que concentra casos de maior gravidade; em nossa amostra preponderam pessoas com baixa escolaridade, dependentes dos serviços do SUS (indivíduos com maior escolaridade e de classes socioeconômicas médias e altas tem acesso a serviços de saúde, e, provavelmente, os desfechos em relação à depressão são mais favoráveis).

O instrumento não incluiu questões sobre a época de início dos sintomas de depressão, antes ou depois da doença clínica (ou da razão que motivou a internação). Por não contarmos com a seqüência temporal dos eventos, não seria correto fazer qualquer tentativa de associação causal entre um e outro quadro clínico.

Não foi realizada a aplicação do MINI aos seis meses após a alta hospitalar, pelo fato de o contato ter sido ao telefone. Consideramos que a aplicação de uma entrevista mais longa, nessa condição, poderia ser cansativa para os pacientes. Optamos, então, pela HAD, de aplicação mais rápida.

A relação entre o MINI e a HAD se explica pelo nível de complexidade das respectivas aplicações dos instrumentos. A HAD é um instrumento de fácil aplicação, por isso foi utilizado por pesquisadores da graduação no momento do rastreamento da depressão. Enquanto o MINI que é um instrumento psiquiátrico e necessita de treinamento especializado, apresenta uma confiabilidade maior no diagnóstico da depressão.

Adotamos o mesmo critério que a maioria dos estudos em psicofarmacologia adota para definir quem melhorou e quem não melhorou da depressão. Trata-se de considerar a redução em 50% dos sintomas depressivos (Bagby et al., 2002). Sabemos ser esse um critério pouco exigente.

Em relação às características sociodemográficas de nossa amostra, os fatores associados com maior freqüência de sintomas depressivos, são consistentes com a literatura para as variáveis: sexo feminino, a predominância de adultos jovens, de baixa escolaridade e economicamente inativos. (Johnson et al., 1992; Bebbington, 1998). Principalmente as variáveis adultos jovens e economicamente inativos, associaram-se provavelmente a gravidade das doenças clínicas.

As principais razões de internação foram infecções, neoplasia e doenças do aparelho digestivo. (Jonas e Lando, 2000; Block et al., 2000); Hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças cardíacas foram às doenças de base em destaques e associadas à depressão.(Burg et al., 2001; Anderson et al., 2001;)

A associação entre sintoma depressivo e doença clínica está bem estabelecida, sobretudo em cardiologia, endocrinologia e neurologia (Furlanetto et al., 2006). Assim como a neoplasia também está associada à depressão e cercada por diversas hipóteses, como por exemplo: os sintomas depressivos podem ser sintomas da neoplasia, ou que os sintomas depressivos seriam apresentados por pacientes que teriam maior propensão ao desenvolvimento de neoplasias ou ainda a hipótese de que possa haver apenas uma associação de sintomas. (Croyle e Rowland, 2003). As doenças infecciosas parecem associar-se a depressão pelo estigma da doença, efeitos diretos do vírus e infecções oportunistas no sistema nervoso central. (Chandra et al., 2005). As doenças do aparelho digestivo mostram forte associação à depressão principalmente em indivíduos em situação de maior gravidade da doença. (Costa et al., 2006)

A hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco para as doenças cardíacas e pode ocorrer mais em pacientes com sintomas depressivos (Jonas e Lando, 2000). É de grande importância e constatada a piora da mortalidade e morbidade de pacientes cardíacos deprimidos (Johnson et al., 1992; Frasure-Smith et al., 1993). Pacientes diabéticos com depressão apresentam menor nível educacional e socioeconômico, além de piores suportes sociais e vulneráveis a estressores financeiros e psicossociais (Anderson et al., 2001, Fisher et al., 2001).

A utilização dos serviços de saúde pelos pacientes chama a atenção pela procura significativa por atendimentos hospitalares antes da atual internação. Pessoas deprimidas consultam e se hospitalizam mais do que as assintomáticas. (Wells et al., 1989; Fleck et al., 2002). E apesar dos pacientes serem avaliados por múltiplos médicos ao longo dessa freqüente utilização dos serviços de saúde no passado, apenas um em cada três pacientes recebem algum tratamento para depressão, apenas um, em cada cinco, um antidepressivo. Disso decorrem conseqüências adversas, com o aumento de morbidade, custos, não adesão aos tratamentos propostos, ideação suicida. (Rentsch et al., 2007). E um intenso sofrimento emocional.

Os achados sobre pacientes com dor, no início do estudo, fazem pensar que eles tiveram maior chance de ter melhora dos sintomas depressivos durante a

internação por relatarem mais dores pela gravidade da doença de base e que, após o tratamento para dor durante a internação relatariam menos sintomas depressivos ao final do estudo. A abordagem eficiente da depressão em pacientes com dor depende do diagnóstico e tratamento adequados das doenças clínicas de base, buscando a remissão dos sintomas depressivos. (O'Malley et al., 2000)

As características clínicas revelam uma contradição, sendo que 22 (44%) dos pacientes relataram que já havia tomado remédio para depressão no passado, enquanto que apenas 5 (10%) afirmaram ter episódio depressivo no passado. Esses achados podem estar associados com alguma dificuldade na compreensão dos termos ser "tratado" e "diagnosticado" com depressão, haja vista que temos uma amostra com baixa escolaridade.

No momento da internação 29 (58%) de nossa amostra afirmou terem tido ideação suicida durante o último mês que antecedeu a internação, desses 9 (18%) relataram tentativa de suicídio prévia. Essas condições reafirmam a gravidade da depressão dessa amostra, e reafirma o baixo reconhecimento da equipe médica sobre a depressão em pacientes hospitalizados. (Fleck, 2002; Furlanetto e Brasil, 2006).

O tempo limitado da internação, assim como a falta de treinamento e de conhecimento anterior do indivíduo, dificulta que a depressão possa ser reconhecida nos pacientes clínicos. (Furlanetto 1996). Os médicos, devido à doença física, muitas vezes consideram normal qualquer manifestação de sofrimento. (Furlanetto e Brasil, 2006)

Apenas 3 (6%) dos pacientes puderam "chamar a atenção" do médico assistente sobre seus sintomas para além das reações da doença de base, e que o fizesse chamar a interconsulta psiquiátrica.

Como o nosso estudo adotou um caráter naturalístico, não foi possível iniciar o tratamento para depressão imediatamente, houve uma intervenção educativa sobre a depressão, e as unidades básicas de saúde conseguiram absorver um quarto da demanda.

Decorridos seis meses após a alta hospitalar tivemos um grupo de pacientes que não foram reavaliados por terem falecidos ou mudado de endereço e telefone, fato que impossibilitou o contato.

Na amostra dos óbitos, observam-se a predominância do sexo masculino, adultos jovens, casados e economicamente inativos e com baixa escolaridade. Os falecimentos ocorreram por complicações da neoplasia, acidente vascular cerebral e insuficiência respiratória. Essas condições somadas à depressão estão associadas com pior recuperação e maior mortalidade. (Paolucci et al., 1999; Unutzer et al., 2002).

O grupo que não concluiu o estudo apresenta a predominância do sexo feminino, adultos mais jovens, casados, donas-de-casa e economicamente inativos e com baixa escolaridade.

Os pacientes que não concluíram o estudo apresentam características clínicas de menor gravidade da depressão e menos tentativas de suicídio, dados semelhantes ao grupo que concluiu o estudo. Outra semelhança entre os grupos ocorre pela gravidade da doença clínica. Não houve diferenças dos dados sociodemográficos.

As ocorrências, ao longo dos seis meses após a alta, foram principalmente as reinternações, reafirmando a gravidade clínica desta amostra.

O alto índice de pacientes com ideação suicida, talvez tenha sido consequência da não melhora da depressão ao final de seis meses da alta hospitalar. Estudos mostram que a depressão somada às consequências de se ter uma doença clínica aumentam a ideação suicida. (Botega et al., 2005).

Os pacientes que buscaram tratamento para depressão representam uma pequena parcela de nossa amostra, fato que impossibilitou discriminar a diferença entre o grupo que buscou tratamento e aquele que não buscou tratamento para depressão. Provavelmente a busca de tratamento foi possível para aqueles que apresentavam condições mais favoráveis, tais como: menor gravidade clínica e depressão leve.

No Brasil, sabemos que grande parte da população é carente e depende dos recursos disponíveis na saúde pública. A obtenção de tratamento especializado, na maioria das vezes, não é possível pelas dificuldades financeiras tornarem-se barreiras tanto ao acesso a serviços de saúde (distância, falta de dinheiro para transporte) quanto aos custos relacionados à medicação. (Simon, 2004)

Os cuidados em atenção primária geralmente são o meio mais utilizado para obtenção de tratamento para a saúde, principalmente em um país com carência de

serviços especializados. A baixa proporção de sujeitos com remissão completa dos sintomas deve-se à presença de comorbidades. (McQuaid et al., 1999)

Sabe-se o quanto a depressão interfere na evolução clínica de outras doenças. Para tanto, alguns desafios estão presentes aos profissionais da saúde mental para diagnosticar depressão em situações de comorbidades e indicar a forma como a depressão deve ser tratada nessas situações, além disso, ensinar aos profissionais da saúde em geral sobre a depressão e relacioná-la a outras doenças clínicas. (Strain et al., 2008)

Toda pessoa que sofre de doença crônica ou grave deveria passar por um *screening* de depressão. Uma vez diagnosticada, esta deveria ser tratada com a mesma atenção que se dá a outras patologias. Igualmente importante é a possibilidade de acesso aos serviços de saúde mental, bem como uma postura proativa de psicólogos e de psiquiatras que trabalham em hospitais gerais.

Por outro lado, o paciente também cria barreiras subjetivas para procurar tratamento, seja pela banalização dos sintomas depressivos, pelo medo de ficar dependente de psicofármacos ou crenças errôneas sobre os tratamentos para a depressão.

Uma saída para essa situação é a intervenção psico-educativa que tem como objetivo fazer do paciente um colaborador ativo. A partir do estabelecimento de um fluxo de informações que permita ao paciente explicitar seu modo de entender seu diagnóstico, reconhecendo ou não a sua condição mórbida e extensão, assim como a necessidade de cuidados sistematizados como o emprego de psicofármacos e psicoterapias (Gill et al., 1999; Callaham et al., 1999; Cole et al., 2006). Isso é algo mais sofisticado do que a simples transmissão de informações “técnicas”.

Sabemos que é imprescindível demonstrar cientificamente a eficácia e mesmo a efetividade de qualquer tratamento. As intervenções psicossociais, de modo geral, carecem de estudos metodologicamente adequados, suficientes para serem reconhecidos e preconizados com maior propriedade. Esses aspectos, possivelmente, são fatores geradores de entrave à realização de intervenções psico-educativas. (Callaham e Bauer, 1999).

Mesmo considerando a complexidade da questão, há de se criar métodos que combinem exequibilidade dessas intervenções sem degenerá-la, e padronização da aplicação com a possibilidade de verificação objetiva e clara de seus efeitos.

Os trechos de relatos de nossos pacientes (anexo 9) nos permite inferir que o entendimento das diversas variáveis que contribuem para a implementação de um tratamento ainda são bastante complexas.

A percepção, atitudes dos pacientes com relação à depressão e as preferências quanto aos tratamentos constituem, além do quadro clínico, condições que influenciam a decisão de procurar tratamento e aderir à intervenção terapêutica proposta. (Karasau, 1990; Callaham et al., 1999; Cole et al., 2006). São necessários mais estudos para avaliar os fatores de respostas dos pacientes a uma medida terapêutica. Faltam estudos que comprovem a eficácia do tratamento para depressão no prognóstico das doenças clínicas comórbidas e a efetividade de estratégias terapêuticas mais adequadas para cada caso.

6. CONCLUSÃO

Após seis meses da alta hospitalar 66% dos pacientes continuam deprimidos e 15% receberam tratamento para depressão. Dos que continuam deprimidos, 64% possuem ideação suicida e 16% tiveram novas internações.

Toda pessoa que sofre de doença crônica ou grave deveria passar por um *screening* de depressão. Uma vez diagnosticada, esta deveria ser tratada com a mesma atenção que se dá a outras patologias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency For Health Care Policy and Research (AHCPR). Depression in primary care: detection, diagnosis and treatment – quick reference guide for clinicians. New York: AHCPR, 1993.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, 1994.

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6):1069-78.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatria*, 2000;22:106-15.

Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.

Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *General Hospital Psychiatry*. 32 (2010) 599-606.

Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27 (4): 250-7.

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163 (20):2433-45.

Bauer M, Adli M, Baethge C, Berghofer A, Sasse J, Heinz A, Bschor T. Lithium augmentation therapy in refractory depression: clinical evidence and neurobiological mechanisms. *Can J Psychiatry*, 7:440-8, 2003.

Bebbington PE, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med* 1998;28:9-19.

Botega, NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-León L. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideia suicida. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(1):45-53.

Botega NJ. Transtornos do humor em enfermarias de clínica médica, validação de escala (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pub*, 29 (5):355-363, 1995.

Botega NJ, Ponde M, Silveira DC e cols.: Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998;47:285-289.

Botega NJ, Zomignani MA, Garcia Jr C et al. Morbidade psiquiátrica em hospital geral: utilização da edição revisada da "clinical interview schedule – CIS-R" *Rev ABP-APAL*, 16(2):57-62,1994.

Botega NJ, Pereira WAB, Bio MR. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ -12 and CIS-R) using "lay" interviewer in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 30:127-131,1995.

Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RCS, Lima DD, Fanger PC, Mauro MLF, Gaspar KC, Silva VF. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.32 no.3 São Paulo Sept. 2010 Epub July 02, 2010

Blazer DG. Mood disorders:epidemiology. In Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI-vol. 6th ed.* Philadelphia Williams & Wilkins. 1995;1079-1088.

Block S. Psychotherapies in psycho-oncology: an exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry*, 177:112-116, 2000.

Burg MM, Abrams D. Depression in chronic medical illness: the case of coronary heart disease. *J Clin Psychol* 2001; 57(11):1323-37.

Callahan MA, Bauer MS, Psychosocial interventions for bipolar disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 22:675-888, 1999.

Carson AJ, Postma K, Stone J, Warlow C, Sharpe M, Royal Edinburgh. The outcome of depressive disorders in neurology patients: a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003 Jul; 74(7): 842-3.

Caplette-Gingras A, Savard J. "Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature". *Palliat Support Care*; 6(4):377-87, 2008 Dec.

Cavanaugh S. Depression in the medicaly ill: critical issues in diagnostic assessment. *Psychosom*, 34:48-59,1995.

Chandra PS, Desai G, Ranjan S. HIV&psychiatric disordes. *Indian J Med Res*, 121:451-67, 2005.

Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1245-51

Chisholm D, Amir M. Longitudinal Investigation of depression outcomes (The LIDO study) in primary care in six countries: comparative assessment of local health systems and resource utilization. *Int J Methods Psychiatr Res* v.10. n.2 p.59-71, 2001.

Chisholm D, Diehr P. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry* v.183 p.121-131, 2003.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. The relationship of depressive symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Diab Care* 25:731-736, 2002

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: ArtMed,1993. Reimpressão 2008.

Cole MG, McCusker, Elie M, Dendukuri N, Latimer E, Belzite E. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ*. January 3, 2006-174(1)

Cooper J, Harris Y, McGready J. Sadness predicts death in older people. *J Aging Health* 14:509-26, 2002.

Costa ALS, Chaves EC. Stress coping strategies and depressive symptoms among ulcerative colitis patients. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):507-14.

Croyle RT, Rowland JH. Mood disorders and cancer: a National Cancer Institute Perspective. *Biol Psychiatry* 54:191-4, 2003.

Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*; 47(2):108-14, 2009 Feb.

Diehr PH, Derleth AM. Synchrony of change in depressive symptoms health status, and quality of life in persons with clinical depression. *Health Qual Life Outcomes*. V.4 p. 27. 2006.

Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects os anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101-7, 2000.

Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Nascimento WTJ, Botega NJ. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 173-8

Fisher L, Chesla CA, Mullan JT. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 24:1752-7, 2001

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 13:116-37,1997

Fráguas RAJ, Ferraz TCT. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. *Rev Assoc. Med. Bras.*, v 48,n.3, p.225-230, 2002.

Fráguas, RAJ. Alterações psiquiátricas associadas à cirurgia de revascularização do miocárdio: características e fatores de risco. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

Fráguas RAJ, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e outras condições médicas: depressões secundárias. Editora Atheneu, 2001.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6 moth survival. *Jama* 270:1819-25, 1993.

Fritsch R, Araya R, Solis J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. Um ensayo clínico aleatorizado de farmacoterapia com monitorización telefônica para mejorar El tratamiento de La depresion em La atención primaria em Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2007; 135:587-595

Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):431-8.

Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiq*, 47:609-17,1998.

Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr*, 55(1):8-19, 2006.

Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermaria de clínica médica. *J Brás Psiq*, 45(6):362-370,1996.

Furlanetto LM. Depressão e pacientes internados em hospital geral. Dissertação de Mestrado. PRPPSAM – Instituto de Psiquiatria. UFRJ,1995.

Furlanetto LM, Silva RV, Bueno JR. The impact of psychiatric comorbidity on lenght of stay of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003; 25:14-19.

Furlanetto LM. Diagnóstico. In: Fráguas Jr. R; Figueiró, JAB (eds). Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas depressões secundárias. Atheneu, São Paulo, pp.11-20, 2001.

Furlanetto LM, Moral JAGD, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr*, 55(2):96-101, 2006.

Gill D, Hatcher S. A systematic review of the treatment of depression with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47:131-143, 1999.

Gilliam F, Kanner AM. Treatment of Depressive Disorders in Epilepsy Patients. *Epilepsy Behav* 3(5):2-9, 2002.

Herrman H, Patrick D. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status health service use and treatment of people with depressive symptoms of people with depressive symptoms. *Psychol Med* v.32 n.5 p.889-902, 2002.

Hesdorffer DC, Hauser WA, Annegers JF, Cascino G. Major depression is a risk factor seizures in older adults. *Ann Neurol* 47:246-9, 2000.

Horn EK, van Benthem TB, Hakkaart-van Roijen L, van Marwijk HW, Beekman AT, Rutten FF, van der Feltz-Cornelis CM. Costs-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2007 Feb 26;7:28.

Isacson D, Bingefors K, Von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry* 2005; 20:205-212.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992 18; 267(11):1478-83.

Jonas BS, Lando JF. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosom Med* 62:188-96, 2000.

Judd L, Mood disorders in the general population represent an important and world public health problem. *Inter Clin Psychopharm*, 10 (suppl. 4):5-10, 1995.

Judd L, Paulus MP, Wells KB. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry*, 153(11):1411-1417, 1996.

Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanism and treatment. *Biol psychiatry* 54:388-98, 2003.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Karasau TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:141.

Karasau TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. II An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:274.

Katon, WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depression symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 54:216-26, 2003.

Katon, W; Sullivan, M; Walker, E. Medical Symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med* 134:917-25, 2001.

Kathol RG, Wenzel RP. Natural history of symptoms of depression and anxiety during inpatient treatment on general medical wards. *Journal of General Internal Medicine*, v.7, p.287-293, 1992.

Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 155(8):1092-6.

Kishi Y, Kosier JT, Robinson RG. Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. *Journal Nervous Mental Disease*. 2001; 189(9):623-8.

Kishi Y, Kosier JT, Robinson RG. Suicidal plans in patients with acute stroke. *Journal of Nervous Mental Disease*. 1996;184(5):274-80.

Koike AK; Unutzer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *JAMA*. 2000 Jan 12;283(2):212-20.

Kondziella D, Asztely F. "Don't be afraid to treat depression in patients with epilepsy!" *Acta Neurol Scand*; 119 (2):75-80,2009 Feb.

Kunik M, Braun U, Stanley M, et al. One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine*, 31:717-23, 2001.

Kupfer DJ, Frank E. Comorbidity in depression. *Acta psychiatr scand* 108 (suppl.418): 57-60, 2003.

Leiging E; Pflingsten M; Bartmann U et al. Cognitive-behavioural treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *Clinical Journal of Pain*, 15:58-66,1999.

Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psych Pharmacol* 1997;12:19-29

Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry*. 1992 May; 149(5):631-7.

Lima AFBS, Fleck MPA. Avaliação da qualidade de vida e fatores preditores de remissão de sintomas em pessoas com depressão maior acompanhadas através de um estudo longitudinal em um serviço de cuidados primários. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Brás psiquiatr.* vol.59 no.3 Rio de Janeiro 2010

McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, etiology and treatment of depression in parkinson's disease. *Biol Psychiatry* 54:363-75, 2003.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999 Sep; 55(1):1-10.

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (6):435-41.

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 17, (1997) 349(9063), 1436-1442.

O'Connor CM, Gurbel PA, Serebruany VL. Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J* 140:63-9, 2000.

O'Malley PG, Balden E, Tomkins G. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 15:659-66, 2000.

Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness – Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry* 1998;172:291-3.

Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 80:985-90, 1999.

Petersen, RW; Quinlivan, JA. Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 109, pp.386-394, 2002.

Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM. Assessment of quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv*, 48(2):224-30, 1997.

Pozuelo L. Depression and heart disease: what do we know, and where are you headed?. *Cleve Clin J Med*;76 (1):59-70, 2009 Jan.

Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 54: 283-94, 2003.

Ramiarina RA, Raminaria BL, Almeida RM, Pereira WC. Comorbidity Adjustment Index for the International Classification of Disease, 10 th Revision. *Rev Saude Publica*, 2008; 42:590-7

Ravindran AV, Mathenson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002; 71(1-3):121-30.

Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, Tonnac N, Archinard M, Andreoli A. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatr* 2007; 29: 25-31.

Ryden A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish obese subjects (SOS) Study. *Psychosomatic Medicine* (2003) 65:435-442.

Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação do desempenho do WHOQOL- Brief em pacientes deprimidos provenientes de serviços de cuidados primários de diferentes países usando a análise de Rash. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

Rodin G, Craven J, Littlefield C. Depression in the medically ill. Brunner&Mazel, New York, 1991.

Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact on psychological factors on the prognosis on cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 99:2192-217, 1999.

Satel SL, Nelson JC. Stimulants in the treatment of depression: a critical overview. *J. Clin. Psychiatry*, v.50,p.241-249, 1989.

Shiotani I, Sato H, Kinjo K, Nakatani D, Mizuno H; Ohnishi Y, Hishida E; Kijima Y; Hori M. Acute Coronary Insufficiency Study (OACIS) Group. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk*. 2002; 9(3):153-60.

Steeds RP, Bickerton D, Smith MJ, Muthusamy R. Assessment of depression following acute myocardial infarction using the Beck depression inventory. *Heart*. 2004; 90(2) 217-8.

Stefanelo S, Marion-Leon L, Fernando PT, Min LL, Botega NJ. Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil. *Epilepsy&Behavior* (Print) v.17 p.483-488, 2010.

Simon GE, Chisholm D. Course of depression, health services costs and work productivity in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*, v.24 n.5 p. 328-335. 2002.

Simon GE, Fleck M. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* v. 161 n.9 p.1626-1634. 2004

Simon G, Ormell J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995;152:352-7.

Silverstone PH, Lemay T, Elliot J. The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry*, 41:67-74, 1996.

Strain JJ, Blumenfeld M. Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21 st century. *Psychosomatics*. 2008; 49 (2):93-96.

Strober LB, Arnett PA. "Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's, Parkinson's disease, and stroke". *Clin Neuropsychol*; 23 (2):205-30, 2009 Feb.

Sowden GL, Huffman JC. "The impact of mental illness on cardiac outcomes: a review for the cardiologist." *Int J Cardiol*; 132 (1):30-7, 2009 Feb.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.

Spitzer RI, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA* 1995; 274 Suppl 19: 1511-17.

Unutzer J, Patrick D, Marmont T. Depressive symptoms and mortality: a prospective study of 2558 older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 10:521-30, 2002.

Verbosky L, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry*, v.54, p.177-181, 1993.

Weinberger MI; Roth AJ; Nelson CJ. "Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients". *Oncologist*; 14(1):60-6, 2009 Jan.

Wells KB, Goldin JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical condition. *Am J Psychiatry* 1989 Aug; 145(8):976-81.

Werlang BSG, Paranhos ME. Diagnóstico e intensidade da depressão. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n.31, ago/dez. 2009.

Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine* 1999 61:6 – 17.

Young J, Green J, Forster A, Small N, Lawson K, Bogle S, George J, Heseltine D, Jayasuriya T, Rowe J. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. *JAGS* 55:1995-2002, 2007.

Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370.

ANEXOS

ANEXO 1



UNICAMP

FORMULÁRIO COMUM DE RASTREAMENTO (FCR)

Data da entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____ Enfermaria: _____
 Data da Internação: ___/___/___ Alta: ___/___/___ Leito: _____
 Paciente: _____
 HC: _____
 Sexo: ()M ()F Idade: _____ Razão da Internação: _____

DOENÇAS GRAVES, INCAPACITANTES, OU DOLOROSAS	DURAÇÃO DA DOENÇA

Está tomando psicofármaco **atualmente** (ver na prescrição)? () NÃO () SIM
 Se afirmativo, quais? _____
 Aceita participar Recusa-se a participar Excluído por:
 Razão de recusa, observações: _____
 Não reside no Estado de S. Paulo
 Vai ter alta dentro de poucas horas
 < 18 anos
 Oftalmo - Otorrino
 Não tem telefone
 Déficit cognitivo
 Delirium
 Psicótico
 Afasia
 Estado geral grave
 Não fala Português
 Outra razão (especificar)

PREENCHER QUADRO ACIMA MESMO EM CASO DE RECUSA

Telefones para contato: _____ (_____)
 _____ (_____)
 _____ (_____)

Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Ao final da avaliação, assinalar se o paciente é:

() HAD-D + () TABACO () MINI-RS + () CAGE () AUDIT +

Pontuações: _____

Estado Civil Atual:

- (1) Solteiro (2) Casado ou morando com parceiro (min 1 mês)
 (3) Viúvo (4) Divorciado/Separado

Quantos filhos você teve (inclui adotivos): (1) Não teve (2) Teve ____ filhos

Com quem você reside atualmente?

- (1) Morando sozinho (2) Morando com filho(s)
 (3) Morando com parceiro(a), sem filho(s) (4) Morando com parceiro(a) e filho(s)
 (5) Morando com pais (6) Morando com outros parentes/amigos
 (7) Morando em Instituição/lares (8) Outros, especificar: _____

"Até que ano estudou?" Anos de escolar cursados com sucesso _____

Está estudando atualmente? (escola regular ou supletivo) () Sim () Não

Em que trabalha atualmente (incluir bicos, trabalho informal): _____

() Assinalar se nunca teve trabalho remunerado

Situação ocupacional:

- (1) Empregado (incluindo autônomo) (2) De licença saúde (afastado)
 (3) Trabalhador temporário (bicos) (4) Desempregado há _____
 (5) Estudante tempo integral (6) Aposentado por invalidez
 (7) Aposentado por tempo de serviço (8) Dona-de-casa
 (9) Outros, especificar: _____

Qual a sua religião? _____ () Não tem religião

Se for pessoa religiosa, quantas vezes foi ao culto/missa no último mês: _____

Já teve, ao longo da vida, que tomar remédio pra nervosismo ou depressão por pelo menos 1 mês (tristeza, desânimo)? () NÃO () SIM. Quais? _____

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD na última semana

D1 EU AINDA SINTO GOSTO (SATISFAÇÃO)

0 () Nunca

PELAS MESMAS COISAS DE QUE

COSTUMAVA GOSTAR

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 1 () Não tanto quanto antes
 2 () Só um pouco
 3 () Já não sinto mais prazer em nada

D2 DOU RISADA E ME DIVIRTO QUANDO VEJO

COISAS ENGRAÇADAS

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Atualmente um pouco menos
 2 () Atualmente bem menos
 3 () Não consigo mais

D3 EU ME SINTO ALEGRE

- 3 () Nunca
 2 () Poucas vezes
 1 () Muitas vezes
 0 () A maior parte do tempo

D4 ESTOU LENTO (LERDO) PARA PENSAR

E FAZER AS COISAS

- 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes
 1 () De vez em quando

D5 EU PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DA

MINHA APARÊNCIA

- 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D6 FICO ESPERANDO ANIMADO AS COISAS

BOAS QUE ESTÃO POR VIR

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca

D7 CONSIGO SENTIR PRAZER AO ASSISTIR UM

BOM PROGRAMA DE TV, DE RÁDIO, OU

QUANDO LEIO ALGUMA COISA

- 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

HAD-D = _____

Ponto de corte: ≥ 8

TABAGISMO

Você é fumante?	NÃO
Você foi fumante? Até quando? (Assinale SIM se fumou até há um mês antes da internação)	SIM

DOR

Numa escala de zero a 10, quanto o(a) senhor(a) está sentindo de dor na última semana?
 Considere zero = nenhuma dor e 10 = a pior dor que já senti. **RESP.:** _ _ _

E no dia de hoje, quanto está sentindo de dor, de zero

RESP.: _ _ _

MINI - RISCO DE SUICÍDIO

DURANTE O ÚLTIMO MÊS:				PONTOS
1	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) ?	NÃO	SIM	1
2	Quis fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	2
3	Pensou em se matar ?	NÃO	SIM	3
4	Pensou numa maneira de se matar ?	NÃO	SIM	4
5	Tentou se matar ?	NÃO	SIM	5
AO LONGO DA SUA VIDA:				

6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
---	---------------------------------------	-----	-----	---

RISCO DE SUICÍDIO () NÃO

SIM: () Leve

(1 - 5 PONTOS)

CAGE

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	NÃO	SIM
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	NÃO	SIM
3. O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?	NÃO	SIM
4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	NÃO	SIM

SE pelo menos um "SIM" no CAGE



Preencher AUDIT

AUDIT

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- [0] nenhuma
- [1] uma ou menos de uma vez por mês
- [2] 2 a 4 vezes por mês
- [3] 2 a 3 vezes por semana
- [4] 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- [0] nenhuma
- [1] 1 a 2
- [2] 3 a 4
- [3] 5 a 6
- [4] 7 a 9

3. Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber, depois de haver começado?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes, durante o ano passado, você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebida?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes, durante o ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes, durante o ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior, porque você estava bêbado?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico, ou qualquer outro profissional da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

PONTUAÇÃO = _____

Ponto de corte ≥8

CACHAÇA OU UÍSQUE

1 dose usual (25 ml) de uísque ou cachaça 1 DOSE

→Atenção: A dose "usual" pode ter + de 25 ml

1 garrafa 30 DOSES

VINHO

1 copo 1 DOSE

1 garrafa de 750 ml
8 DOSES1 "cooler" de vinho 1 DOSE

CERVEJA

1 copo de cerveja (200 ml) 1 DOSE

1 lata ou garrafa pequena (350 ml) 2 DOSES

1 garrafa de 600 ml 3 DOSES

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A): _____ PROTOCOLO NÚMERO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____ HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA: _____
 NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ HORA DO FIM DA ENTREVISTA: _____
 DATA DA ENTREVISTA: _____ DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA: _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
<input checked="" type="checkbox"/> A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
<input checked="" type="checkbox"/> A. EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
<input checked="" type="checkbox"/> B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
<input checked="" type="checkbox"/> C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
<input checked="" type="checkbox"/> D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
<input checked="" type="checkbox"/> E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
<input checked="" type="checkbox"/> F. AGORAFOBIA	Atual	
<input checked="" type="checkbox"/> G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
<input checked="" type="checkbox"/> H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
<input checked="" type="checkbox"/> I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
<input checked="" type="checkbox"/> J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
<input checked="" type="checkbox"/> K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
<input checked="" type="checkbox"/> L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
<input checked="" type="checkbox"/> M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
<input checked="" type="checkbox"/> N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
<input type="checkbox"/> O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
<input checked="" type="checkbox"/> P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em "letras minúsculas" devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em "MAIÚSCULAS" não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em "negrito" indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (↔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar "NÃO" no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
 Inserm U302
 Hôpital de la Salpêtrière
 47, boulevard de l'Hôpital
 F. 75651 PARIS
 FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
 fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
 e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM
 N.A. P. S. Novo Mundo
 Avenida Manchester 2000
 Jd Novo Mundo
 74000 – Goiânia - Goiás
 BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
 fax: + 55 62 285 43 60
 e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
 University of South Florida
 Institute for Research in Psychiatry
 3515 East Fletcher Avenue
 TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
 fax: +1 813 974 4575
 e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM, E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM?	→ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

**DISTIMIA
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
 C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
 C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
b	SE "SIM" Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL.			
	SE "SIM"			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo?	NÃO	SIM	2
SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências?	NÃO	SIM	3
SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a)?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4?	NÃO	SIM	
SE E5 = "NÃO", PASSAR A E7.				
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise?	NÃO	SIM	17
SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.				
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Piores em Sintomas Vida inteira</i>				

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1 Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 19

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2 Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las? NÃO SIM 20
Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "NÃO"
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO <i>sem Agorafobia</i> ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO <i>com Agorafobia</i> ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA <i>sem história de</i> <i>Transtorno de Pânico</i> ATUAL	

→. IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

- | | | | | |
|----|--|----------|-----|---|
| G1 | Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ? | →
NÃO | SIM | 1 |
| G2 | Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ? | →
NÃO | SIM | 2 |
| G3 | Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ? | →
NÃO | SIM | 3 |
| G4 | Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 4 |

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>FOBIA SOCIAL ATUAL</i>	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas? NÃO SIM 1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas? NÃO SIM 2

SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior? NÃO SIM 3

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos? NÃO SIM 4

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?

→
NÃO SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)? NÃO SIM 5

H6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo? NÃO SIM 6

H6 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

	→
NÃO	SIM

J3 **Durante os últimos 12 meses:**

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado"? →
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", éter.

Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO | SIM | 5 |

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO →
SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.
M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		<u>BIZARRO</u>			
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR " SIM " SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13

				21
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→ NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→ NÃO	SIM	18
	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL</i>		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA</i>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de "comer descontroladamente" tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de "comer descontroladamente", faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO "M")? SE N6 = "NÃO", PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de "comer descontroladamente" ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO. NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM
BULIMIA NERVOSA
ATUAL

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FÓBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruuiu ou incendiou coisas porque quis? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas porque quis? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM | 6 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? | NÃO | SIM | 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM | 8 |
| c | Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM | 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M.-Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.



EIBO

Depressão e Risco de Suicídio

Número de identificação EIBO: _____ Número HC: _____

Enfermaria: _____

1.1 Informações Sócio-demográficas

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____

Telefones para contato: _____ Telefone para urgência: _____

Sexo: (1) feminino (2) masculino

Idade: _____ anos Data Nasc ___/___/___

Estado civil atual: (1) Solteiro (a) (2) Casado(a) ou morando com parceiro(a) (min 1 mês)
(3) Viúvo (a) (4) Divorciado(a) /Separado(a).

Quantos filhos você teve, (incluem adotivos): (1) Não teve filhos (2) Teve _____ filhos

Com quem você reside atualmente?

(1) Morando sozinho(a) (2) Morando com filho(s)
(3) Morando com parceiro(a), sem filho(s) (4) Morando com parceiro(a) e filho(s);
(5) Morando com pais; (6) Morando com outros parentes/amigos;
(7) Morando em Instituição/lares (8) Outros, especificar: _____

Qual é o nível mais alto de escolaridade que você completou?

(1) Nenhum (inclui analfabeto) (2) Ensino Fundamental;
(3) Ensino Médio (4) Ensino Superior;
(5) Outros, especificar: _____

Está estudando atualmente? (escola regular ou supletivo) () Sim () Não

Em que trabalha atualmente? _____
() nunca teve trabalho remunerado.

Sobre seu emprego/trabalho atualmente:

(1) Emprego (incluindo autônomo) (2) De licença saúde (afastado)
(3) Trabalhador(a) temporário (bicos) (4) Desempregado(a) há _____
(5) Estudante tempo integral (6) Aposentado(a) por invalidez
(7) Aposentado(a) por tempo de serviço; (8) Dona de casa
(9) Outros, especificar: _____

Qual a sua religião? _____ () Não tem religião.
Se for pessoa religiosa, quantas vezes foi ao culto/missa no último mês: _____

2 - APOIO SOCIAL

As questões seguintes referem-se ao apoio que você dá e recebe das pessoas de sua família e de seus amigos. Indique na linha de "família" e nas linhas de "amigos" a resposta que mais combina com você:

	NÃO DE MODO ALGUM	SIM, UM POUCO	SIM, MUITO
2.1 Você sente que necessita de apoio de sua família?	0	1	2
2.2 Você sente que necessita de apoio de seus amigos?	0	1	2
2.3 Quando necessita, você recebe apoio de sua família?	0	1	2
2.4 Quando necessita, você recebe apoio de seus amigos?	0	1	2
2.5 Você sente que sua família necessita de seu apoio?	0	1	2
2.6 Você sente que seus amigos necessitam de seu apoio?	0	1	2
2.7 Você acha que dá o apoio que precisaria dar a sua família?	0	1	2
2.8 Você acha que dá o apoio que precisaria dar aos seus amigos?	0	1	2

ANEXO 4



EIBO DEPRSTS Orientação ao paciente com depressão

A partir das respostas que o(a) Sr(a) forneceu às perguntas que fiz, foi diagnosticado que o(a) sr(a) está com depressão.

Todos nós em alguns momentos passamos por eventos estressantes na vida como exemplo: perda de pessoa querida, perda de emprego, doença grave, contrariedades, o que poderá nos deixar tristes. Mas se esse sentimento persistir a maior parte do tempo e quase todos os dias é preciso ficar atento: poderá ser a depressão se instalando.

A depressão é uma doença como outra qualquer e exige tratamento. Muitas pessoas pensam estar ajudando um amigo deprimido ao incentivarem ou mesmo cobrarem tentativas de reagir, distrair-se, de se divertir para superar os sentimentos negativos, mas não se trata disso. No caso da doença chamada depressão é preciso de um tratamento.

Alguns dos sintomas encontrados na depressão são:

Pessimismo; Dificuldades de tomar decisões; Irritabilidade ou impaciência; Inquietação; Achar que não vale a pena viver; desejo de morrer; Choro frequente; Sensação de que nunca vai melhorar, desesperança; Sentimento de pena de si mesmo; Persistência de pensamentos negativos; Queixas freqüentes; Sentimentos de culpa injustificáveis.

Nessa situação o melhor a fazer é procurar profissionais da saúde mental (psicólogos e psiquiatras). Eles poderão ajudar, reconhecendo os sintomas e propondo o tratamento mais adequado.

O tratamento oferecido pelo psicólogo é a psicoterapia e o psiquiatra fará a prescrição de medicamentos. Em alguns casos há necessidade da combinação dos dois tratamentos.

Por todas essas informações que apresentei a(o) Sr(a), penso ser importante para sua saúde realizar um tratamento para depressão com a ajuda de psicólogo e/ou psiquiatra.

Um encaminhamento será dado a(o) Sr.(a) para que, após a alta procure um tratamento e daqui há seis meses telefonarei para o(a) senhor(a) para saber como o(a) senhor(a) estará se sentindo.

Pode ser? () Concorda () Não Concorda

ANEXO 5



Encaminhamento após alta de enfermaria do HC-UNICAMP

Ao Centro de Saúde.

Encaminho o(a) paciente _____ que esteve internado(a) no HC-UNICAMP e em quem foi diagnosticado depressão.

Solicitamos atendimento para o mesmo.

Atenciosamente,

Hospital das Clínicas

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

UNICAMP

_____/_____/_____

Karla Cristina Gaspar

Psicóloga

CRP: 06/65654

ANEXO 6



EIBO – DEPRESSÃO

ROTEIRO DA AVALIAÇÃO POR TELEFONE

AOS 6 MESES APÓS ALTA HOSPITALAR

Paciente: _____

HC: _____ nº identificação EIBO _____

Data: ____/____/____

Instruções: Meu nome é Karla. Telefono porque o(a) sr(a) participou da avaliação sobre depressão quando esteve internado no HC-Unicamp. Gostaria de fazer algumas perguntas:

1. Quem responde a entrevista? (1) paciente (2) outro. Especificar _____
2. Paciente está vivo? (1) sim (2) morreu. Especificar _____
3. Está fazendo tratamento médico? (1) sim (2) não
4. Está fazendo tratamento psiquiátrico? (1) sim (2) não
5. Está fazendo tratamento psicológico? (1) sim (2) não
6. Como se sente: (1) muito mal (2) mal (3) mais ou menos (4) bem (5) muito bem
7. Tem tido pensamentos de tentar contra a própria vida: (1) sim (2) não
8. Desde a última vez que nos falamos cometeu alguma tentativa de suicídio (1) sim (2) não
- 8.1 Se "sim" método utilizado (consultar tabela CID-10) _____
9. Teve uma nova internação? (1) sim (2) não
- 9.1 Onde? (1) Hospital Geral (2) Hospital Psiquiátrico
- 9.2 Se "sim" motivo internação? (1) doença clínica (2) depressão (3) tentativa de suicídio
10. Numa escala de 0 à 10, quanto de dor o(a) senhor(a) vem sentindo na última semana?
Considere zero= nenhuma dor e 10 = a pior dor que já sentiu. RESP: _____



ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD

(Serão utilizadas somente as sessões referentes à depressão)

Instruções: Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

<p>D1. Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar:</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes 1. <input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes 2. <input type="checkbox"/> Só um pouco 3. <input type="checkbox"/> Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>D5. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Completamente 2. <input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como eu deveria 1. <input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes 0 <input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
<p>D2. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes 1. <input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos 2. <input type="checkbox"/> Atualmente bem menos 3. <input type="checkbox"/> Não consigo mais</p>	<p>D6. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes 1. <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes 2. <input type="checkbox"/> Bem menos do que antes 3. <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>D3. Eu me sinto alegre</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 1. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 0. <input type="checkbox"/> maior parte do tempo</p>	<p>D7. Consigo sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Quase sempre 1. <input type="checkbox"/> Várias vezes 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>D4. Estou lento (lento) para pensar e fazer as coisas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 1. <input type="checkbox"/> De vez em quando 0. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>HAD-D = _____</p> <p>Ponto de corte: ≥ 8</p>

MINI – RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1 Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?	NÃO	SIM	1
C2 Quis fazer mal a si mesmo(a)?	NÃO	SIM	2
C3 Pensou em suicidar-se?	NÃO	SIM	3
C4 Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO	SIM	4
C5 Tentou o suicídio?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	6
---	-----	-----	---

Há pelo menos um "sim de C1 à C6?

NÃO SIM

Se sim, especificar o nível do risco de suicídio:

RISCO DE SUICÍDIO ATUAL

C1 ou C2 ou C3 = sim: leve

LEVE ()

C3 ou (C2+C6)= sim: moderado

MODERADO ()

C4 ou C5 ou (C3+C6)= sim: elevado

ELEVADO ()

CEP, 23/07/07.
(Grupo III)

2ª VIA

PARECER PROJETO: Nº 770/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0623.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DEPRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO EM PACIENTES COM DOENÇA FÍSICA, INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL: FATORES RELACIONADOS”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Karla Cristina Gaspar

INSTITUIÇÃO: Hospital de Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/12/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/01/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Determinar a prevalência de transtornos depressivos e risco de suicídio em pacientes internados com doença física no Hospital da Unicamp.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo observacional de tipo prospectivo envolvendo avaliação transversal inicial quando serão feitos os diagnósticos iniciais e uma segunda fase de seguimento de 06 meses quando ocorrer a avaliação. Projeto define critérios de inclusão e exclusão com clareza, que pretende selecionar 300 pacientes. Os instrumentos de avaliação incluem questionários padronizados e avaliados visando avaliar quadro de depressão e intenção suicida.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após pendências, projeto adequado eticamente.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

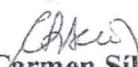
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de janeiro de 2007.


Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 8



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

1. Informação

A presente pesquisa estudará a associação entre depressão e outra doença clínica no contexto hospitalar. A meta final deste é a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

O objetivo desta pesquisa é:

- Descrever o perfil e a evolução clínica após seis meses da alta hospitalar de pacientes internados em um hospital geral nos quais foram diagnosticados com depressão.

2. Certificado de Consentimento

Li a informação anterior ou esta foi lida para mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre ela e todas as perguntas que fiz foram respondidas para minha satisfação. Fui informado(a) também que a entrevista é confidencial. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico. Sei que não receberei nenhuma recompensa financeira ou outra gratificação por minha participação no estudo. Aceitei o convite para participar voluntariamente do estudo e compreendi que tenho direito de não participar e de não responder perguntas que me foram delicadas e que nenhum momento isto afetará meu tratamento futuro na UNICAMP. Será entregue uma cópia desse termo para o participante.

Para contato com o pesquisador responsável,

Karla Gaspar, tel: (19) 3243 8850

Esta pesquisa recebeu o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas- FCM UNICAMP cujo endereço postal é o prédio da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa postal 6111, Campinas-SP, CEP 13081-970. Tel: 3521 8936

Nome do participante: _____

RG: _____

Endereço: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

IMPRESSÕES CLÍNICAS

Trechos de relatos dos 38 pacientes no momento da reavaliação por telefone aos seis meses após a alta hospitalar

Abaixo seguem os motivos e crenças alegados pelos pacientes que puderam contribuir para dificultar a busca de tratamento em Unidades Básicas de Saúde (UBS). E em itálico constam algumas frases de pacientes. Serão identificados com as siglas MD =melhorou da depressão e NMD = não melhorou da depressão.

a) crença que poderia ficar “viciado” no antidepressivo

“Dra. eu já tomo remédio faz tempo para essa tristeza que eu sinto, mas não adianta nada”. (NMD)

“Esse desânimo não tem jeito, eu tomo remédio faz tempo, já me acostumei com ele [desânimo]” (NMD)

“Eu vou sair dessa sozinha, eu tenho uma vizinha que ficou viciada nisso [antidepressivo] eu não quero isso para mim não!” (MD)

“Dra. a senhora pode me dar esse encaminhamento mas eu não vou querer tomar mais um remédio, depois eu fico viciado e daí?” (MD)

b) gravidade da doença clínica

“Por enquanto eu não vou conseguir procurar um tratamento para a depressão. Esse meu rim é que precisaria ficar bom, ai sim eu ia ficar feliz, são anos tendo de cuidar dele” (NMD)

“Com esse câncer tudo fica muito difícil, nem sei se sairei daqui” (NMD)

“Não teve jeito, eu tive que deixar amputar a minha perna, doía muito, só que agora estou dependente de cadeira de rodas. A vida acabou, não quero mais saber de nada” (NMD)

c) falta de profissionais de saúde mental na rede básica de saúde

“Dra. eu deixei meu nome lá no postinho, depois de um mês me chamaram, só que não tinha psicólogo lá. Uma mulher fez reuniões com a gente embaixo de uma árvore e mandou a gente fazer ginástica” (MD)

“Eu já fui três vezes ao posto perguntar se já tinha uma vaga com o psiquiatra, à atendente disse que ainda não tinha”. (MD)

“Estou esperando me chamarem para entrevista, já tem quatro meses” (NMD)

d) resistência por parte do paciente ao considerar-se deprimido e, portanto passível de tratamento

“Oi Dra. estou um pouco melhor do que da última vez que falei com a senhora. Ainda choro e sinto tristeza, mas arrumei emprego e não estou pensando tanto nos problemas, acho que não vou precisar de tratamento não”. (NMD)

Outros fatores puderam contribuir para facilitar a busca de tratamento para depressão.

a) Coleta de dados como um incentivo ou desmistificação do tratamento em saúde mental

“Procurei tratamento logo depois que a senhora me atendeu no hospital, a nossa conversa foi boa. Eu quero conversar com uma psicóloga sempre. Eu estou doente, mas minha saúde ainda tá boa e conversar vai ajudar ainda mais” (MD)

“A minha doença ainda não me dominou, aquele dia que você me atendeu no hospital, me senti bem. Isso me ajudou bastante, agora tenho uma psicóloga que me atende no centro de saúde” (MD)

“Eu nunca tinha conversado com uma psicóloga, eu não sabia como era, mas depois daquele dia que conversei com você eu gostei... é bom falar...mesmo com muitos problemas, parece que a gente pensa melhor, esqueci até da minha dor” (MD)

“Sabe eu fiquei esperando a sua ligação, depois que a gente acaba de conversar, não vejo à hora de você ligar novamente. Agora eu sei como é falar com psicólogo, quando a moça do posto me chamou para falar com a psicóloga fiquei muito animada”. (NMD)

- b) crença de que tratar da cabeça (dos) pensamentos promove bem-estar e melhora a doença clínica.

“Eu quero ficar bom, sei que não vou sarar da minha doença. Eu tenho que vir sempre para o hospital, mas eu falei para a minha filha me levar no psiquiatra” (NMD)

“Eu estou fazendo hemodiálise, mas não é por isso que não vou tratar da minha cabeça também” (MD)

- c) mulheres com filhos menores

“Tô fazendo tratamento com a psicóloga perto daqui de casa. O meu corpo não está muito bom, mas a cabeça precisa ficar boa, tenho que cuidar dos meus filhos...” (MD)

“Quando enfartei só pensava no meu filho, depois que conversei com você lá no hospital e você falou que eu tinha que fazer tratamento para depressão, eu cheguei em casa e já fui no posto, marquei para começar a terapia, vou lá a semana que vem. Eu não posso ficar doente de novo, sou sozinha, com quem vai ficar meu filho. Eu sei que enfartei por nervoso” (MD)