

SABRINA STEFANELLO

**VALIDADE DE HISTÓRIA PRÉVIA E DE SINTOMAS
AUTO-RELATADOS PARA A DETECÇÃO DE DEPRESSÃO
NO HOSPITAL GERAL**

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

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

SABRINA STEFANELLO

**VALIDADE DE HISTÓRIA PRÉVIA E DE SINTOMAS
AUTO-RELATADOS PARA A DETECÇÃO DE DEPRESSÃO
NO HOSPITAL GERAL**

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

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leticia Maria Furlanetto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

Stefanello Sabrina.

Validade de história prévia e de sintomas auto-relatados para a detecção de depressão no hospital geral / Sabrina Stefanello. – Florianópolis, 2002. 23p.

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

1. Depressão 2. Pacientes internados 3. Transtorno depressivo I. Título

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vera L. Schwengber Stefanello e Milton D. Librelotto Stefanello, que sempre estiveram ao meu lado independentemente das circunstâncias.

As minhas irmãs, Betina e Bianca Stefanello, que além de companheiras, pacientemente, ajudaram na revisão deste trabalho e no emprego adequado da língua portuguesa.

A minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Letícia Maria Furlanetto, por tudo o que aprendi durante a realização deste estudo e por saber orientar de um modo tão especial que o conhecimento me servirá para o resto da vida.

Ao meu namorado, Heder Luiz Deucher Vieira, pelas horas que deixamos de estar juntos para que este trabalho fosse realizado, pela sua compreensão e apoio.

Aos pacientes que voluntariamente participaram deste estudo, contribuindo para o ensino, a despeito de estarem passando por momentos delicados de suas vidas.

A toda a equipe médica, em especial ao Prof. Dr. Carlos de Barros Mott e ao Prof. Dr. Odilson Borini, aos colegas e profissionais da saúde que me auxiliaram em vários momentos difíceis da minha trajetória e na conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

1 – Introdução.....	1
2 – Objetivo.....	4
3 – Método.....	5
4 – Resultados.....	9
5 – Discussão.....	14
6 – Conclusões.....	16
Normas Adotadas.....	17
Referências Bibliográficas.....	18
Apêndice.....	21
Anexo.....	22

RESUMO

Objetivo: Testar a validade das variáveis: 1) história prévia de depressão; 2) humor depressivo; 3) desesperança; 4) irritabilidade; 5) perda do interesse nas pessoas; e 6) perda da libido; para detectar Episódio Depressivo Maior (EDM) em pacientes internados na clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Método:** Em um estudo de validação, foram selecionados por randomização 689 adultos internados nas enfermarias de clínica médica do HU, que aceitaram e conseguiram participar da entrevista. Os seguintes instrumentos foram aplicados: um questionário de variáveis sociodemográficas e de história psiquiátrica; o MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*); e o Inventário Beck de Depressão (BDI). Testou-se a validade de vários modelos para detectar EDM, tendo como padrão-ouro o diagnóstico realizado pelo MINI. **Resultados:** A amostra (N=689) foi composta predominantemente por homens (67,2%); brancos (84,5%); com média de idade \pm Desvio Padrão de 48,83 \pm 16,22 anos. O modelo com maior sensibilidade (94,9%) foi composto por todas as variáveis exceto perda da libido e o que apresentou maior especificidade (98,3%) foi a associação de ter história de depressão e ter perda do interesse nas pessoas. **Conclusões:** Os resultados sugerem que para rastrear EDM sejam considerados deprimidos os pacientes que apresentem pelo menos uma resposta afirmativa em: história de depressão, humor depressivo, desesperança, irritabilidade ou perda do interesse nas pessoas. Quando se deseja uma baixa taxa de falso-positivos pode-se usar a associação de história de depressão e perda do interesse nas pessoas.

SUMMARY

Objective: To evaluate the validity of some variables to detect a Major Depressive Episode (MDE) in medical inpatients at the University Hospital of Santa Catarina Federal University. The variables were: previous history of depression, depressive mood, hopelessness, irritability, loss of interest in people and loss of interest in sex . **Method:** Six hundred and eighty-nine medical inpatients selected by randomization that consented and were able to finish the interview were included in this study. The following instruments were used: a questionnaire with demographic and clinical variables, the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) and the Beck Depression Inventory (BDI). The validity of different models to detect MDE was tested, using the MINI diagnoses as a gold standard. **Results:** Of the 689 interviewed patients, 67.2% were male, 84.5% were white, with ages ranging from 18 to 96 years (mean \pm Standard Deviation of 48.83 ± 16.22 years). The model with the highest sensibility (94.9%) was composed of all variables, except loss of interest in sex. The one with the highest specificity (98.3%) was the association of history of depression and loss of interest in people. **Conclusions:** These results suggest that for the screening of MDE patients who score positively in at least one of the following variables should be considered depressed: previous history of depression, depressive mood, hopelessness, irritability or loss of interest in people. If a low rate of false-positive cases is desired, an association of previous history of depression and loss of interest in people should be used.

I. INTRODUÇÃO

Depressão é um termo normalmente utilizado no sentido de expressar tristeza, angústia ou sofrimento relacionado a perdas ou decepções. No entanto, do ponto de vista psicopatológico, existe o sintoma humor depressivo, que é caracterizado pelos pacientes como a sensação de que tudo está mais difícil, pesado, arrastado. Outro sintoma importante é a anedonia, cuja característica é a incapacidade parcial ou total de obter prazer com determinadas atividades e experiências de vida. Esses são sintomas centrais das síndromes depressivas, que são caracterizadas pela associação de pelo menos um dos sintomas acima (humor depressivo ou anedonia) com outros sintomas depressivos, tais como: alterações no apetite ou no peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.^{1, 2} Pacientes com síndrome depressiva podem apresentar o diagnóstico de episódio depressivo maior, que é caracterizado pela presença de pelo menos cinco sintomas depressivos dentre os descritos acima, durando um período determinado de tempo e causando grande impacto no funcionamento do paciente. Este diagnóstico é definido de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV),³ que estão no anexo deste trabalho. Como se pode notar, em pacientes com doenças físicas o reconhecimento e o diagnóstico de depressão é difícil em virtude da sobreposição de sintomas que pode ocorrer, porque os sintomas somáticos podem ser decorrentes tanto da doença física quanto da depressão, ou de ambos.⁴⁻⁷

Estudos mostram que a prevalência de depressão maior varia de 6,5% a 18,1% em pacientes com doenças físicas.⁸⁻¹¹ Contudo, o que predomina em pacientes internados no hospital geral são transtornos de humor leves, depressão, preocupações e insônia.¹² Os sintomas como cansaço, irritabilidade, preocupação e tensão estão presentes em pacientes com ou sem transtorno de humor.¹³ Isso dificulta ainda mais a identificação dos pacientes com depressão maior.

Em vista do que foi explicado, vários trabalhos estão sendo feitos com o intuito de melhorar o rastreamento e o diagnóstico de depressão maior em pacientes internados no hospital geral e na

atenção primária de saúde.^{10, 11, 14-18} Dentre esses estudos, Whooley *et al.*¹¹ compararam duas questões, as quais investigavam o humor depressivo e a anedonia, com seis instrumentos já validados para diagnóstico de depressão maior e observaram que a sensibilidade e a especificidade entre todos eles era semelhante. Outro estudo foi além e avaliou quatro instrumentos para rastreamento de depressão maior e menor em pacientes terminais, sendo que um deles era composto por somente uma pergunta sobre humor depressivo. Com isso, verificou-se que um item tem acurácia suficiente para o rastreamento de episódios depressivos e foi sugerido que só uma questão investigando humor depressivo poderia ser usada nos contatos clínicos que permitissem entrevista direta do paciente.¹⁵ Williams *et al.*¹⁶ realizaram uma pesquisa em clínicas de atenção primária à saúde, onde compararam dois métodos para definir casos de depressão maior: um com somente uma questão e outro com vinte itens. A partir disso, mostraram que a sensibilidade de ambos foi similar, que mais pacientes completaram o primeiro método sem assistência e levaram menos tempo.

Uma revisão demonstrou que instrumentos curtos com questões bem selecionadas têm uma performance tão boa quanto os mais elaborados e que sua brevidade pode ser um ponto chave.¹⁷ Da mesma forma, numa recente revisão, Williams *et al.*¹⁸ observaram que a performance de instrumentos para detectar depressão, que variaram de 1 a 30 itens, foi semelhante. Estes autores sugerem que o instrumento desejado deveria ser selecionado de acordo com a brevidade, com o formato de resposta, com o desejo de investigar outras doenças psiquiátricas e com a necessidade de monitorar a resposta do paciente ao tratamento.

Já foi visto que a depressão maior está relacionada a uma maior morbi-mortalidade,¹⁹⁻²³ a um menor índice de sua detecção pelos médicos não psiquiatras em pacientes com doenças físicas e, muitas vezes, a um tratamento inadequado.^{11, 16, 24, 25} Porém, quando tratados para depressão de forma ativa com auxílio psiquiátrico, esses pacientes aderem melhor ao tratamento proposto,²⁶ além de apresentarem melhora física, mental e social.²⁷

Alguns trabalhos revelaram determinados sintomas que melhor discriminavam pacientes com depressão.^{8, 13} Um deles verificou que humor depressivo, depressão matinal e desesperança discriminaram bem os pacientes com depressão.¹³ Furlanetto⁸ notou que os sintomas com maior poder discriminatório, classificando corretamente 96% dos pacientes com depressão, foram: perda do interesse nas pessoas, pessimismo, irritabilidade e perda da libido. Em diferente

trabalho, o conjunto de sintomas que melhor classificou os pacientes como deprimidos foi: perda no interesse nas pessoas, irritabilidade, desânimo, choro e tristeza.¹⁹ Associado a isso, pacientes com história prévia de depressão foram mais freqüentemente identificados como deprimidos.^{19, 28, 29}

Em virtude do que foi exposto, seria de grande valia na prática clínica diária a validação de instrumentos simples, rápidos e eficientes que permitissem a detecção de episódio depressivo maior em pacientes com doenças físicas.

II. OBJETIVO

Testar a validade das variáveis: história prévia de depressão; humor depressivo; desesperança; irritabilidade; perda do interesse nas pessoas; e perda da libido para detectar episódio depressivo maior em pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

III. MÉTODO

3.1. Casuística

A casuística foi composta de sujeitos adultos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC, de acordo com os critérios abaixo:

3.1.a) Inclusão

Todos os pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC no período de maio de 2000 a março de 2002 foram elegíveis para participar do estudo. Através da lista de internação obtida no Serviço de Prontuário de Pacientes, 1234 pacientes foram selecionados por randomização, utilizou-se uma tabela de números aleatórios. Destes, 689 pacientes que não preencheram os critérios de exclusão compuseram a amostra.

3.1.b) Exclusão

1. Não conseguir participar da entrevista devido à doença física (por exemplo: afasia, surdez, dispnéia intensa);
2. Pacientes que estavam internados há mais de sete dias;
3. Idade inferior a 18 anos;
4. Recusa em participar;
5. Pacientes que tiveram alta hospitalar antes de serem entrevistados;
6. Pacientes que apresentavam prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência)*;
7. Pacientes que não conseguiram completar a entrevista.

3.2. Desenho

Trata-se de um estudo de validação, observacional transversal.

* Transtornos caracterizados por comprometimento da cognição, por exemplo: memória, atenção e/ou linguagem. Quando há prejuízo cognitivo não é possível avaliar a presença ou não de depressão. Foi feita a avaliação clínica e os pacientes que preencheram os critérios do DSM-IV³ para *delirium* e/ou demência foram excluídos.

3.3. Procedimentos

Aqueles indivíduos que deram o consentimento, após serem esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo foram entrevistados dentro da primeira semana de internação. Um assistente de pesquisa colheu dados sociodemográficos e clínicos. O diagnóstico de episódio depressivo maior foi feito conforme descrito no item 3.4.c).

3.4. Variáveis

3.4.a) Sociodemográficas

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas descritas na ficha de coleta de dados presente no apêndice deste projeto.

3.4.b) História Prévia de Depressão

A história psiquiátrica foi feita de acordo com o modelo realizado por Koenig *et al.* (1997).³⁰ A avaliação de história prévia de depressão foi baseada em duas perguntas. Os pacientes foram perguntados se eles 1) alguma vez já tiveram qualquer doença mental ou dos nervos que necessitou de tratamento; 2) alguma vez já tomaram medicação para os nervos por qualquer motivo. Em caso afirmativo, foi avaliado e anotado o diagnóstico psiquiátrico prévio.

3.4.c) Morbidade Mental

Através da entrevista clínica e história pessoal realizada por acadêmico de medicina treinado e com auxílio da Dra. Leticia Maria Furlanetto, foi feito o diagnóstico de prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência), de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV),³ já que esses pacientes não teriam condições de realizar corretamente a entrevista. A classificação exposta acima é feita pela Associação Psiquiátrica Americana, utilizando uma nomenclatura padrão para definir e fornecer instruções codificadas precisas para o diagnóstico dos transtornos mentais.

Para o diagnóstico de episódio depressivo maior foi utilizado o MINI (*Mini International Neuropsychiatry Interview*), que é uma entrevista diagnóstica padronizada, semi-estruturada compatível com os critérios do DSM-IV.³ Foi utilizada a versão brasileira 5.0.0.³¹ Aqueles

pacientes sem prejuízo cognitivo foram entrevistados com o MINI para derivar o diagnóstico de episódio depressivo maior.

Para a avaliação dos sintomas depressivos, um pesquisador “cego” para o diagnóstico do MINI, aplicou o Inventário Beck de Depressão (BDI).³² Esse pesquisador era um acadêmico de medicina que recebeu treinamento para aplicar esse instrumento. Do BDI utilizaram-se perguntas que correspondem aos sintomas de: humor depressivo, desesperança, irritabilidade, perda do interesse nas pessoas e perda da libido. Estas variáveis foram categorizadas para que nos pacientes que tivessem pontuação maior ou igual a dois fossem computadas como presentes.

3.5. Análise estatística

A análise estatística foi feita utilizando o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 10.0.³³ Testou-se a validade de modelos hipotéticos, utilizando história prévia de depressão, realizada de acordo com modelo de Koenig *et al.*³⁰ e algumas perguntas do BDI citadas no item 3.4.c) para detectar episódio depressivo maior, tendo como padrão-ouro o diagnóstico realizado pelo MINI.

Foram montados diferentes modelos hipotéticos com as seguintes variáveis: história prévia de depressão; humor depressivo; desesperança; irritabilidade; perda do interesse nas pessoas; e perda da libido. Essas variáveis foram escolhidas baseadas no estudo prévio de Furlanetto.⁸ Foi considerado como tendo depressão quem respondeu afirmativamente a uma ou mais perguntas destes modelos e em um modelo, especificamente era preciso responder positivamente às duas variáveis: história de depressão e perda do interesse nas pessoas. Para cada modelo proposto foi testada a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN).

3.6. Aspectos éticos

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso decidissem não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de pacientes que tinham a sua capacidade de julgamento ou de decisão prejudicada, o consentimento era obtido com o representante legal.

Contudo, o paciente também era consultado e a avaliação só era realizada, caso ele também concordasse. Quando foram detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiarem de tratamento específico, seus médicos assistentes eram avisados e o Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do HU-UFSC auxiliava no tratamento, caso fosse solicitado parecer.

IV. RESULTADOS

Durante este estudo, um total de 1234 pacientes foram entrevistados, e 545 foram excluídos. Dos que compuseram a amostra final (N=689), 463 (67,2%) eram do sexo masculino, 582 (84,5%) da raça branca, a idade dos pacientes variou de 18 a 96 anos e a idade média \pm Desvio Padrão (DP) foi de $48,83 \pm 16,22$ anos. A escolaridade variou de zero a 22 anos e a média \pm DP foi de $6,09 \pm 3,99$ anos. As principais características sociodemográficas encontram-se na **Tabela 1**. A maioria dos pacientes estava internada na clínica médica, seguida pela gastroenterologia e cardiologia (**Gráfico 1**).

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos 689 pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC.

Característica	n	%
Gênero		
Masculino	463	67,2
Feminino	226	32,8
Idade		
18-64 anos	557	80,8
≥65 anos	130	18,9
Raça		
Branca	582	84,5
Negra	43	6,2
Parda	57	8,3
Estado Civil		
Casado(a) / Coabitando	434	63,0
Separado(a) /Divorciado(a)	96	13,9
Solteiro(a)	96	13,9
Viúvo(a)	58	8,4
Escolaridade		
0 anos (analfabetos)	41	6,0
1 a 4 anos	279	41,1
5 a 7 anos	108	15,9
≥8 anos	251	37,0
Renda familiar		
Até R\$ 600,00	423	61,4
R\$ 601,00 a R\$ 1.200,00	181	26,3
>R\$1.200,00	77	11,2

Fonte: HU-UFSC, 2000/02.

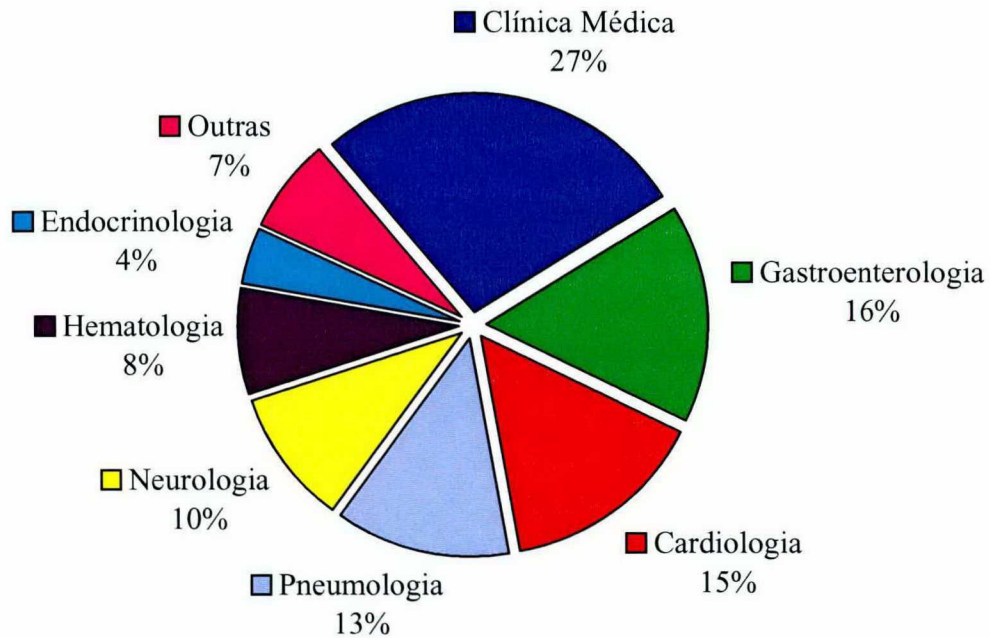


GRÁFICO 1 – Distribuição das internações por especialidade.
Fonte: HU-UFSC, 2000/02.

A frequência das variáveis testadas e a frequência de pacientes com diagnóstico positivo para depressão maior, de acordo com os vários modelos testados encontram-se nas **Tabelas 2 e 3**, respectivamente.

TABELA 2 – Frequência das variáveis testadas dos 689 pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC.

Variáveis	Sim (%)	Não (%)
História de depressão	11,3	88,7
Humor Depressivo	17,1	82,9
Desesperança	15,7	84,3
Irritabilidade	44,8	55,2
Perda do interesse nas pessoas	13,8	86,2
Perda da libido	28,4	71,6

Fonte: HU-UFSC, 2000/02.

TABELA 3 – Frequência de pacientes com diagnóstico positivo para depressão de acordo com os vários modelos testados (N=689).

Modelos testados	Caso* (%)	Não caso (%)
HD ou HumD ou Des ou Ir ou Pint ou Plib	65,7	34,3
HD ou HumD ou Des ou Ir ou Pint	60,1	39,9
HD ou HumD ou Des ou Pint	36,4	63,6
HumD ou Des ou Pint	31,5	68,5
HD ou Pint	22,9	77,1
HD e Pint	2,2	97,8
HD	11,3	88,7

HD = história prévia de depressão, HumD = humor depressivo, Des = desesperança, Ir = irritabilidade, Pint = perda do interesse nas pessoas, Plib = perda da libido.

*Caso = respondeu positivamente a pelo menos uma variável.

Fonte: HU-UFSC, 2000/02.

Como pode-se notar na **Tabela 4**, dois modelos apresentaram alta sensibilidade (94,9%). Um deles foi composto pelas seguintes variáveis: história prévia de depressão, humor depressivo, desesperança, irritabilidade, perda do interesse nas pessoas ou perda da libido. Sendo que uma ou mais dessas variáveis foi positiva. Outro modelo foi composto pelas mesmas variáveis citadas acima, porém sem a variável perda da libido. Do mesmo modo que anteriormente descrito, uma ou mais dessas variáveis foi respondida afirmativamente pelos pacientes.

Utilizando-se somente duas variáveis, história prévia de depressão e perda do interesse nas pessoas, obteve-se a maior especificidade (98,4%). Ainda é preciso destacar que tendo somente história prévia de depressão, obtivemos 90,3% de especificidade.

TABELA 4 – Medidas de validação dos modelos testados para detecção de episódio depressivo maior (N=689).

Variáveis testadas*	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
	%	%	%	%
HD ou HumD ou Des ou Ir ou Pint ou Plib	94,9	36,0	8,2	99,2
HD ou HumD ou Des ou Ir ou Pint	94,9	42,0	8,9	99,3
HD ou HumD ou Des ou Pint	89,7	66,8	13,9	99,1
HumD ou Des ou Pint	82,0	73,0	15,4	98,5
HD ou HumD ou Pint	82,1	71,5	14,7	98,5
HD ou Pint	71,8	80,0	17,7	97,9
HD e Pint	10,3	98,3	26,7	94,8
HD	38,5	90,3	19,2	96,1

VPP = valor preditivo positivo VPN = valor preditivo negativo HD = história prévia de depressão, HumD = humor depressivo, Des = desesperança, Ir = irritabilidade, Pint = perda do interesse nas pessoas, Plib = perda da libido.

*Padrão-ouro = Episódio Depressivo Maior pelo MINI.³¹

Fonte: HU-UFSC, 2000/02.

V. DISCUSSÃO

Através desse estudo observou-se que poucas perguntas poderiam ajudar no rastreamento de episódio depressivo maior. Para isso, o modelo ideal foi composto por cinco perguntas: história de depressão, humor depressivo, desesperança, irritabilidade ou perda do interesse nas pessoas. O modelo composto por todas as seis variáveis propostas inicialmente (incluindo perda da libido) apresentou a mesma sensibilidade, mas especificidade menor (36%). Portanto, num primeiro contato com o paciente, o modelo composto pelas cinco perguntas descritas acima poderia servir para rastreamento de episódio depressivo maior em pacientes com doenças físicas, necessitando de investigação complementar caso o paciente respondesse afirmativamente a uma ou mais perguntas.

Observou-se que a associação de história prévia de depressão e perda do interesse nas pessoas tem alta especificidade (98,3%), mas baixa sensibilidade (10,3%) para o diagnóstico de episódio depressivo maior, por conseguinte, este modelo poderia ser usado quando se desejarem poucos falso-positivos.* É preciso chamar a atenção para o fato de que história de depressão mesmo quando investigada isoladamente, tem alta especificidade (90,3%) para diagnóstico de episódio depressivo maior.

Esses achados estão em concordância com a literatura, mostrando que um menor número de perguntas, quando bem selecionadas podem permitir o rastreamento de episódio depressivo maior tão bem quanto longos instrumentos, neste caso o MINI.^{11, 13, 17, 18} Com alguns sintomas destacados em outros trabalhos e com história de depressão,^{8, 13, 19, 28, 29} foi possível montar diferentes modelos que se mostraram efetivos no rastreamento de episódio depressivo maior. É importante destacar que a história prévia de depressão mostrou-se muito útil para o diagnóstico de depressão, como havia sido visto em outros trabalhos.^{28, 29}

A taxa de episódio depressivo maior (5,7%) encontrada neste estudo está dentro da prevalência sugerida por Silverstone *et al.*⁹ Contudo, em outros trabalhos,^{8, 10, 11} essa taxa é maior.

* Falso-positivos são aqueles pacientes os quais se imagina que tenham episódio depressivo maior pelo método em estudo, contudo não o têm pelo método diagnóstico utilizado como padrão-ouro.

É possível que o fato de o consentimento ter sido pedido por um aluno tenha facilitado a recusa, principalmente entre os pacientes com depressão que pela própria sintomatologia da doença preferem ficar quietos e isolados nos seus leitos. Outro fator que pode ter contribuído para essa frequência de episódio depressivo maior é o fato do MINI ser de acordo com os critérios do DSM-IV³ e na sua instrução de uso ser sugerido que não se contem os sintomas imputáveis a uma doença física, ou uso de medicamentos, drogas ou álcool.³¹ Esta última avaliação pode ter sido muito rigorosa pelo pesquisador, não atribuindo sintomas somáticos como sendo parte de uma alteração psiquiátrica, mas predominantemente decorrente de doença física. Além disso, muitos pacientes não concluíram os questionários pelo fato de serem longos e cansativos, pois eram aplicados consecutivamente, portanto, estes tiveram que ser excluídos, contribuindo, assim, para uma diminuição no tamanho da casuística. Serão necessários mais estudos futuramente visando a testar os modelos avaliados.

Outro ponto a ser lembrado consiste no fato do MINI ser um instrumento diagnóstico e, sendo assim, incapaz de superar o diagnóstico clínico psiquiátrico.³¹ Portanto, mesmo utilizando o MINI como padrão-ouro para o diagnóstico de episódio depressivo maior, ele pode ter classificado incorretamente alguns pacientes.

Para utilização futura desses dados é necessário ter em mente que nem sempre é fácil a correta classificação diagnóstica psiquiátrica dos pacientes internados no hospital geral. Desta maneira, é preciso ter cautela com a utilização dos modelos testados, pois restringem-se ao rastreamento e não ao diagnóstico de depressão.

No entanto, em virtude do que foi exposto, um paciente com história prévia de depressão tem grande chance de estar realmente deprimido, mostrando a importância da investigação de história de depressão em todos os pacientes que procuram o hospital geral, inclusive como parte rotineira da anamnese.

Mesmo considerando as limitações comentadas acima, com este estudo foi possível estruturar um método breve, de fácil aplicação e que pode ser incorporado na prática clínica diária, para o rastreamento de episódio depressivo maior em pacientes com doenças físicas internados no HU-UFSC, facilitando assim o reconhecimento precoce e permitindo o tratamento adequado desses pacientes.

VI. CONCLUSÕES

1. Montou-se um modelo para o rastreamento de episódio depressivo maior com uma sensibilidade de 94,9% e uma especificidade de 40,2% no qual o paciente teria que responder positivamente a pelo menos uma das seguintes variáveis: história prévia de depressão, humor depressivo, desesperança, irritabilidade e perda do interesse nas pessoas.
2. Verificou-se que história prévia de depressão e o sintoma perda do interesse nas pessoas quando juntos têm alta especificidade (98,3%) quando se deseja obter uma baixa taxa de falso-positivos.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a normatização da resolução número 001/2001 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamentais e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1997.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24(9):809-15.
5. House A. Mood disorders in the physically ill--problems of definition and measurement. *J Psychosom Res* 1988;32(4-5):345-53.
6. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(2):89-99.
7. Montano CB. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 20:45-51.
8. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiq* 1996;45(6):363-370.
9. Silverstone PH, Lemay T, Elliott J, Hsu V, Starko R. The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry* 1996;41(3):67-74.
10. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1376-83.
11. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12(7):439-45.
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995;29(5):355-63.

13. Hawton K, Mayou R, Feldman E. Significance of psychiatric symptoms in general medical patients with mood disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12(5):296-302.
14. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(8):699-706.
15. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;154(5):674-6.
16. Williams JW, Jr., Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, et al. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med* 1999;106(1):36-43.
17. Schade CP, Jones ER, Jr., Wittlin BJ. A ten-year review of the validity and clinical utility of depression screening. *Psychiatr Serv* 1998;49(1):55-61.
18. Williams JW, Jr., Noel PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *Jama* 2002;287(9):1160-70.
19. 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* 1998;47(12):609-617.
20. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(3):221-7.
21. Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med* 2000;160(20):3074-80.
22. Furlanetto LM, von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41(5):426-32.
23. Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, Lee MA. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(3):307-12.
24. Cavanaugh S. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5(1):15-24.

25. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290(6485):1880-3.
26. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1109-15.
27. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med* 1997;157(10):1113-20.
28. Mullan E, Katona P, D'Ath P, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. II: Detection and fitness for treatment: a case record study. *Fam Pract* 1994;11(3):267-70.
29. Machado S CEP, Abreu PB, Pechansky FS, Schneider FM, Alberti V, Gus G, et al. Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra. *ABP-APAL* 1999;11(3):97-100.
30. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of the medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1369-1375.
31. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
32. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
33. Norusis MJ. SPSS/PC 10.0 Base Manual. Chicago: SPSS Inc.; 2000.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

Excluído? (circule o motivo)

1) Imp. Física; 2) +7dias; 3) <18a; 4) recusa; 5) prejuízo cognitivo 6) alta hospitalar 7) outros

01- Nome:.....

02- Data da Internação:.../.../..... **Pront.:**.....

03- Leito:..... **Espec:** CM cardio pneumo gastro endocr neuro hemato outras

04- Sexo: Masc Fem **Idade:**..... **Data do Nasc.:** /...../.....(dd/mm/aaaa)

05- Raça: Branca Parda Negra Amarela Outras

06- Estado Civil: Solteiro Casado/Amasiado Viúvo Separado/Divorciado

07- Escolaridade:anos

08- Renda Familiar: Até R\$ 600,00 R\$ 601,00 a 1.200,00 > R\$ 1.200,00

09- História pessoal: Qualquer doença mental ou dos nervos? Já tomou medicação para os nervos? não sim

10- Em caso positivo: doenças:.....

11- BDI

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

12- Episódio Depressivo Maior atual (MINI)? não sim

13- Pesquisador:.....

14- Data:/...../.....

VIII. ANEXO

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV),³ Episódio Depressivo Maior é definido pelos seguintes critérios:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Observação: Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

1. humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (por exemplo, se sente triste ou vazio) ou observação por outros (por exemplo, parece prestes a chorar). Observação: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
2. interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
3. perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dieta (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Observação: Em crianças, considere o fracasso para fazer ganhos de peso esperados.
4. insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações de inquietação ou de estar mais “devagar”).
6. fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente auto-reprovação ou culpa por estar doente).

8. capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observado por outros).
 9. pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas o medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometê-lo.
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso ou medicamento) ou condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhores explicados por luto, isto é, após a perda de alguém amado, persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado comprometimento funcional, preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, sintomas psicóticos, ou retardo psicomotor.

A classificação exposta acima é feita pela Associação Psiquiátrica Americana, utilizando uma nomenclatura padrão para definir os transtornos e fornecer instruções codificadas precisas para o diagnóstico, o DSM-IV facilita o diagnóstico, o tratamento e as análises estatísticas dos transtornos mentais.³

**TCC
UFSC
CM
0483**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0483

Autor: Stefnello, Sabrina

Título: Validade de história prévia e de



972811836

Ac. 253632

Ex.1 UFSC BSCCSM

N.Cham. TCC UFSC CM 0483