

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
EM
NEUROPSIQUIATRIA**

**DEPRESSÃO E ENFERMIDADE CLÍNICA NO IDOSO - ESTUDO
TRANSVERSAL COM PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE**

Paulo José Tavares de Lima

**RECIFE - PE
2003**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO
EM
NEUROPSIQUIATRIA**

Paulo José Tavares de Lima

**DEPRESSÃO E ENFERMIDADE CLÍNICA NO IDOSO - ESTUDO
TRANSVERSAL COM PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção de Título de Mestre em Psiquiatria.

Orientador: Professor Doutor Everton Botelho Sougey.

**RECIFE - PE
2003**

DEDICATÓRIA

À compreensão de todos os pacientes e seus parentes que, mesmo diante do sofrimento da doença e da possibilidade iminente da morte, souberam enxergar, de maneira magnânima, este trabalho como humilde contribuição ao desafio de buscar o alívio para a dor do semelhante.

AGRADECIMENTOS

Pela razão desta existência, pela saúde e pela capacidade de propor e realizar os desejos, vencer os obstáculos, por levantar-me sempre que caí, por fazer-me suportar os fracassos e por amar a vida como ela tem se permitido ser.

Aos meus queridos pais; devo-lhes tudo o que tenho, tudo o que sou!

Ao meu sempre paciente orientador, o Professor Everton Botelho Sougey pela tolerância e tão estimada tranquilidade em conduzir tarefa como esta.

Ao colega e amigo Dr. Antônio Peregrino, sempre exemplo de ser humano e de profissional.

Ao Professor Dr. Tácito Medeiros pelos horizontes mais amplos, pela compreensão, pelas entrelinhas, pelas simbologias, pelo esforço em permitir-me enxergar o valor de conhecer o ser humano em seus detalhes mais sutis e pela extrema paciência e disposição em corrigir meus erros nas supervisões.

A todos os professores do Departamento de Psiquiatria, importantes referenciais na minha formação. É um grande prazer fazer parte deste grupo!

À "**Amiga**" Rita de Cássia Cavalcante Brandão; minha admiração incondicional e minha eterna amizade (ou minha admiração eterna e minha amizade incondicional).

À Paula Targino: Tua chegada quase no final desta caminhada não diminui teu brilho, você foi o impulso para aquilo que mais me faltava ter: envolvimento e paixão pela vida e do que ela é capaz de nos oferecer. **Amo Você!**

“Os bons realizadores da antigüidade eram sutis
maravilhosos, misteriosos e despertados.
Eram profundos e não podiam ser compreendidos.
E justamente por não poderem ser compreendidos, é preciso esforçar-se
para ilustrá-los.

Receosos como quem atravessa um rio no inverno, cautelosos como
quem teme seus vizinhos, reservados como o hóspede, solúveis como o
gelo fundente, genuínos como a madeira bruta, vazios como os vales,
entorpecidos como as águas turvas.

O turvo através da quietude torna-se gradualmente límpido.
O quieto, através do movimento, torna-se gradualmente criativo.
Aquele que resguarda este caminho não tem desejo de se enaltecer.
E justamente por não se enaltecer, mesmo envelhecido, pode voltar a
CRIAR.”

TAO TE CHING

RESUMO

O envelhecimento populacional tem sido considerado como crescente "fenômeno social" de extrema relevância, a partir da segunda metade do século XX. OBJETIVO - O autor realiza um estudo de prevalência-ponto para a detecção de depressão em comorbidade com enfermidades clínicas durante a internação hospitalar nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco). METODOLOGIA – Verificação da ocorrência de depressão em idosos utilizando-se uma entrevista estruturada, a "Structural Clinical Interview for DSM-IV - Clinical Version" (SCID - CV), aliada à escala de avaliação para depressão de Montgomery - Asberg (MADRS). RESULTADOS - O pesquisador encontrou uma prevalência de 40% de depressão na referida população estudada. COMENTÁRIOS - Estes dados, demonstram a incidência de depressão durante a evolução de uma doença clínica no período de internação como fator complicador para o estado de saúde geral, a qualidade de vida e a recuperação da doença, sendo também considerada por inúmeros autores como fator de risco independente para mortalidade em um período menor que um ano. CONCLUSÕES – Considera-se, pelos dados obtidos, que seja dada a devida importância à aproximação das equipes clínicas e a interconsulta psiquiátrica no sentido de promover intervenções precoces que evitem as graves repercussões desta comorbidade e conclui-se que a adoção de um instrumento de "screening", como a Montgomery - Asberg (MADRS), de fácil aplicabilidade, funcionaria como decisivo recurso, perfeitamente viável, na detecção imediata de casos de depressão nos idosos durante internação hospitalar.

ABSTRACT

Aging has been considered as a global growing reality and the principle of the old age as a "social phenomenon" during the second half of the XXth Century. **OBJECTIVE** - The author conducted a prevalence study for detection of depressive disorders in the medically ill during hospital stay at clinical wards of The Clinical Hospital from the Federal University of Pernambuco (UFPE). **METHODS** – Verification of frequency for depressive disorders in elderly inpatients by using the structural clinical interview for DSM-IV - Clinical Version (SCID - CV) associated to Montgomery – Asberg Depressive Rating Scale (MADRS). **RESULTS** - The researcher found a prevalence of 40% for depressive disorders in the related population. **COMMENTS** - These data showed that the incidence of depression during the evolution of a clinical enfermity during hospital stay influenced negatively the individual state of health, quality of life, recovery, being also considered by several researchers as an independent risk factor for 1 year mortality. **CONCLUSIONS** - The author also considers that the approach of the clinical staff to the psychiatric consultation is a very remarkable resource with means to make early interventions able to avoid severe repercussion of this comorbidity and concludes that the adoption of a screening instrument of easy applicability like the Montgomery - Asberg (MADRS) would surely be very efficient and viable in the immediate detection of depressive disorders in the elderly during hospital stay.

SUMÁRIO

Página

1	PARTE I - REVISÃO DE LITERATURA	
1.1	INTRODUÇÃO	13
1.2	DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE	15
1.3	IMPACTO DOS AGRAVOS À SAÚDE DO IDOSO NA SAÚDE PÚBLICA	19
1.4	DILEMAS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO	24
1.5	PSICONEUROIMUNOLOGIA E OUTROS MECANISMOS DE INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO	27
1.6	MORBIDADE / MORTALIDADE DO COMPLEXO DEPRESSÃO - DOENÇA FÍSICA	29
1.7	PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO NA VIGÊNCIA DE ENFERMIDADE CLÍNICA	33
2	PARTE II - ESTUDO CLÍNICO	
2.1	OBJETIVOS	41
2.1.1	OBJETIVOS GERAIS	41
2.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3	PACIENTES E MÉTODOS	42
3.1	LOCAL E DESENHO DA PESQUISA	42
3.2	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	44
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	49
3.4	PROCEDIMENTO	53
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	54
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	54
4	RESULTADOS	55
5	DISCUSSÃO	69

6	PARTE III - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	
6.1	CONCLUSÕES	84
6.2	RECOMENDAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	ANEXOS	98

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

	Página
TABELA 1 (Perfil Biodemográfico de Pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco).	56
TABELA 2 (Perfil Clínico dos pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco).	62
TABELA 3 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Antecedentes Psiquiátricos).	63
TABELA 4 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Dependente de Fumo ou Bebida).	63
TABELA 5 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Quantidade de Internações Anteriores).	64
TABELA 6 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Quantidade de Doenças Associadas).	66
TABELA 7 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Óbito em até 6 meses).	67
TABELA 8 (Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Depressão Diagnosticada por Clínico).	67
TABELA 9 (Distribuição de Sintomas Relatados pelos Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco segundo Diagnóstico em Valores Absolutos e Relativos).	68
TABELA10 (Teste de Screening para o instrumento MADRS. Medida de associação e intervalo de confiança de 90%).	69

FIGURAS

FIGURA 1 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco).	55
FIGURA 2 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Sexo segundo Diagnóstico).	57
FIGURA 3 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Faixa Etária).	57
FIGURA 4 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Estado Civil).	58
FIGURA 5 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Raça/Cor).	59
FIGURA 6 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Procedência do Paciente).	60
FIGURA 7 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Grau de Instrução).	61
FIGURA 8 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Quantidade de Internações Anteriores).	64
FIGURA 9 (Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco por Diagnóstico segundo Quantidade de Doenças Associadas).	65

PARTE I

REVISÃO DE LITERATURA

1.1 INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX, especialmente após o início da década de 60, começamos a observar uma mudança importante nos padrões de crescimento populacional, diferente do que vinha sendo identificado desde o início das civilizações.

Esse fenômeno, caracterizado como transição demográfica ou epidemiológica, é um processo dinâmico de comportamento populacional, através do qual as estimativas de mudança nas proporções dos diferentes estratos etários são condicionadas por taxas de mortalidade e índices de fecundidade inicialmente elevados e que, a partir de um determinado período da história, começaram a apresentar queda em seus valores. Como consequência disso, ocorreu um crescimento proporcional das populações nas faixas etárias mais avançadas, maior do que nos indivíduos mais jovens (CARVALHO FILHO & NETTO, 1994).

A diminuição da taxa de fertilidade associada à redução da mortalidade em adultos e idosos tem como efeito mudar a base da pirâmide populacional, hoje menor do que há 40 anos atrás e, seguramente, maior que daqui há 30 anos. A redução da taxa reprodutiva no futuro fará também cair mais ainda a proporção de jovens e aumentar a de idosos, portanto, haverá cada vez mais um aumento na proporção de indivíduos idosos em relação à população como um todo (CARVALHO FILHO & NETTO, 1994).

Apesar de ter ocorrido primeiro nos países desenvolvidos, o fenômeno da transição epidemiológica vem acontecendo também nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento como o Brasil, onde milhões de pessoas continuam a viver sob o mais absoluto grau de miséria.

Como causas desta modificação de padrão demográfico podemos atribuir as importantes medidas higiênico-sanitárias ocorridas no início do século XX e o acelerado desenvolvimento médico-tecnológico (assim como o seu maior acesso à população, inclusive aos mais carentes) que possibilitou prevenir, tratar e curar as doenças antes consideradas fatais (CARVALHO FILHO & NETTO, 1994).

Esse crescimento populacional acarreta necessariamente aumento de recursos que serão utilizados na área de saúde, visto que as doenças crônicas, a presença de plúriafeções e a multimedicação, além de outros fatores, são mais comuns nas idades mais avançadas. Em função disso, há necessidade, mais do que urgente, que os órgãos responsáveis pela saúde e cuidados sociais estejam cientes da demanda existente para que, a partir daí, possam elaborar planejamento e disponibilizar recursos, visando o atendimento da população idosa (CARVALHO FILHO & NETTO, 1994).

As projeções para o ano de 2025 indicam que o Brasil, que atualmente já conta com quase 15 milhões de pessoas acima de 60 anos, segundo dados do IBGE (2002), deverá atingir aproximadamente 34 milhões de idosos (STOPPE JUNIOR & NETO, 1997), ocupando a sexta colocação entre os países com mais idosos em todo o mundo. O impacto desse crescimento preocupa perante a expectativa de consumo de recursos

com essa camada da população que é, no mínimo, sombria. A menos que, enfrentando esses dados, possamos construir um modelo de atendimento capaz de suprir as suas necessidades de saúde e bem-estar.

A experiência de dois anos, como médico residente de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UFPE, proporcionou uma importante vivência dentro de um hospital geral, exercendo a interconsulta psiquiátrica com diversos pacientes acolhidos nas outras enfermarias. Pouco tempo após, ao concluir especialização em gerontologia social, surgiu o interesse em aprofundar os conhecimentos na área da psiquiatria geriátrica, por tudo que ela significa como campo em aberto e pelo que foi exposto nesta introdução. Ao que parece, o estado de Pernambuco carece de maior investigação a respeito da ocorrência de depressão concomitante ao processo do adoecer e os efeitos do estresse provocado pela internação hospitalar em idosos.

1.2. DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

A velhice, como fenômeno social, pode até ser considerada como evento relativamente recente e só a partir do final do século XIX é que começou a ser estudada com maior relevância. Estudos de prevalência de depressão em idosos na comunidade surgiram a partir de 1948 com Sheldon que, realizando um levantamento na cidade de Wolverhamptom, na Inglaterra, publicou seus resultados no livro "The Social Medicine of Old Age" (SHELDON,1948 apud BLAY in LAFER et al, 2001).

A percepção de condições peculiares ao funcionamento do organismo do idoso, em parte bastante adversas ao ser humano jovem, suscitou a criação de um novo direcionamento clínico encarado como especialidade médica: a Geriatria. As

alterações fisiológicas que modificam a apresentação de uma doença são, em geral, mal compreendidas; mas, ainda assim, essa área é reconhecida como sendo da maior importância para a prática da medicina.

Os fatores de desenvolvimento de quadros depressivos em idosos estão em sua grande maioria relacionados às condições biológicas (hormonais, genéticas ou metabólicas), psicológicas (perdas objetivas e incapacidade de obter e reconhecer gratificações) e sociais (aposentadoria, invalidez, perdas e separações) a que esse grupo está submetido. Estes mesmos fatores contribuem aumentando a vulnerabilidade do idoso à depressão (BLAY in LAFER et al., 2001).

Ainda com relação aos aspectos que distinguem o grupo dos idosos de outras faixas etárias, Blay afirma:

Muitos dos acometimentos físicos são capazes de determinar quadros depressivos chamados de orgânicos. As enormes pressões psicológicas, sociais e econômicas nessa faixa de idade criam necessidades de ajustes e adaptações internas e externas, que podem desembocar (sic) em estados depressivos psicogênicos, reativos, neuróticos ou desadaptativos, entre outros. O envelhecimento não impede as modificações de personalidade, podendo inclusive levar à acentuação de certos traços de caráter(in LAFER et al. , 2001).

Entre as principais necessidades dos idosos, está o atendimento em saúde mental, que se refletiu na Psiquiatria, dando origem a um novo segmento dentro da especialidade: a Psiquiatria Geriátrica ou Psicogeriatria.

Muito embora não existam notáveis diferenças quanto ao quadro clínico da depressão geriátrica em relação à depressão em adultos jovens (pelo menos no que tange à distinção por meio de critérios diagnósticos) há, contudo, multiplicidade de

formas de apresentação dos estados depressivos, sendo necessário observar algumas diferenças.

Pacientes depressivos idosos estão mais propensos a expressarem queixas somáticas, parecerem mais ansiosos, minimizarem a presença de humor deprimido (depressão mascarada) e fracassarem no reconhecimento de sentimentos de culpa (ALEXOPOULOS in KAPLAN & SADOCK, 1999)

Nem sempre a tristeza é considerada ou referida como característica proeminente na manifestação da depressão em idosos. Outros sinais fazem-se também freqüentes: queixas somáticas mal-definidas, sentimentos de perda de esperança e sensação de abandono e desassistência, ansiedade e preocupações constantes, queixas de memória com ou sem sinais objetivos de comprometimento cognitivo, perda de prazer (anedonia), lentificação motora, irritabilidade e falta de interesse acerca dos autocuidados, especialmente no que diz respeito a seguir tratamentos médicos ou recomendações de dietas específicas (GALLO & RABBINS, 1999)

O quadro clínico da depressão maior em idosos pode variar. Na dependência de predominância de certos sintomas, poderemos ter diferentes tipos clínicos como o melancólico, o ansioso, o apático e outros. A presença de alucinações (menos freqüentes) e sintomas delirantes (relacionados com o humor como idéias de culpa e inadequação) podem caracterizar a depressão psicótica (BLAY in LAFER et al., 2001).

Blay lembra que as enormes pressões psicológicas, sociais e econômicas na velhice criam necessidades de ajustes e adaptações internas e externas, resultando em estados depressivos psicogênicos, reativos, neuróticos ou desadaptativos. Também o envelhecimento não impede as modificações de personalidade, podendo inclusive levar à acentuação de certos traços de caráter. Podem exercer o "papel de doente" no seio familiar, impedindo de forma efetiva o acesso ou a aderência a tratamentos. A presença de sintomas indicando deficiências cognitivas (dificuldades nas áreas de memória, concentração, atenção e orientação) além de uma sintomatologia "silenciosa" como atitude de resignação, apatia, fácil fatigabilidade, indisposição e um certo mal-estar comuns no idoso podem causar grande dificuldade no diagnóstico (in LAFER et al., 2001).

Idosos também não costumam procurar ajuda por problemas físicos ou funcionais, acreditando não ter valor suficiente para incomodar outras pessoas. GALLO & RABBINS (1999), advertem que, muitas vezes, os clínicos deixam-se influenciar por este tipo de atitude, resultando em retardo ou adiamentos no curso do tratamento. Criticam também a crença de que a doença física é uma contra-indicação para o tratamento com antidepressivos, citando também o advento dos inibidores de recaptação da serotonina que são tão eficazes e seguros, mesmo frente às condições clínicas mais adversas do paciente.

A depressão é, de longe, o transtorno afetivo mais freqüente e um dos transtornos mentais mais prevalentes na terceira idade, representando um forte indicador de mau prognóstico à saúde do idoso.

A coexistência da depressão e enfermidades clínicas representa um importante peso, influenciando-se mutuamente e com maiores repercussões nas faixas etárias mais avançadas.

Ser portador de depressão e doença física tem uma influência profundamente negativa sobre a saúde e independência funcional dos idosos (SARAVAY, 1995). A presença de sintomas depressivos no curso de uma enfermidade clínica transforma o idoso num elemento vulnerável, mais suscetível a quedas no seu estado geral, complicações e também restabelecimentos mais demorados, independentes da gravidade dos sintomas clínicos (COVINSKY et al., 1997).

1.3. IMPACTO DOS AGRAVOS À SAÚDE DO IDOSO NA SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, como em vários outros países do terceiro mundo, as informações a respeito da população idosa e seu estado de saúde são muito escassas, fato que dificulta enormemente qualquer planejamento de ação social ou de saúde. Sabe-se, no entanto, que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, os quais não estão preparados para absorver estes casos, ocasionando problemas para atendimento e planejamento de ações dessa natureza.

De qualquer forma, a utilização de dados de outros países ajuda a compreender o peso da população idosa nos gastos com saúde. A Inglaterra, por exemplo, que possui uma percentagem de aproximadamente 17% de indivíduos acima de 65 anos, utiliza com estes mais do que 60% dos seus recursos de orçamento destinado ao atendimento em saúde. Ocupam também mais de 50% de seus leitos

hospitalares e com tempo de permanência nessas instituições duas vezes maior que os demais grupos etários (CARVALHO FILHO & NETTO, 1994). FULOP et al. (1987), com dados referentes à casuística americana também refletiram acerca de uma tendência mundial: idoso deprimido e com doença médica apresenta sempre maior permanência na internação hospitalar.

KOENIG & KUCHIBATLA (1998), em um estudo a respeito do uso de serviços de saúde por pacientes idosos deprimidos, clinicamente enfermos e hospitalizados, colheram alguns dados interessantes. Nos Estados Unidos, as pessoas acima de 60 anos são hospitalizadas duas vezes mais que os adultos jovens; fazem mais visitas após a alta hospitalar aos médicos numa proporção de 3:2 em relação aos pacientes mais jovens e usam duas vezes mais medicações que os pacientes deprimidos mais jovens. No mesmo trabalho, analisando uma amostra de 542 idosos, concluíram que os pacientes idosos deprimidos de fato usam mais serviços médicos, tanto durante quanto após a internação, porém eles não recebem mais serviços de saúde mental do que os não deprimidos. Reforça o mesmo autor a necessidade de mover maiores esforços dos clínicos gerais no intuito de diagnosticar e tratar a depressão na terceira idade.

A esse respeito, KOENIG et al. (1997a) informaram que nos hospitais gerais, apenas uma pequena proporção dos pacientes que apresentam sintomas depressivos (9% a 26%) e pouco mais da metade (56%) daqueles que apresentam episódios depressivos maiores são reconhecidos e tratados. Nesse mesmo estudo, os autores consideraram o mau uso das terapias antidepressivas (aplicação de antidepressivos tricíclicos em doses subterapêuticas e abuso de benzodiazepínicos na ausência de

uma supervisão psiquiátrica) como fatores complicadores, contribuindo para a evolução desfavorável da depressão nos pacientes idosos.

DRUSS et al. (1999), avaliando a correlação entre sintomas depressivos e custos de saúde em idosos deprimidos e com doença física, observaram que em sua amostra de 1316 pacientes internados, tanto em enfermarias clínicas quanto cirúrgicas, os custos de pacientes deprimidos são realmente maiores que os que não apresentam depressão, estendendo-se até seis meses após a alta hospitalar.

BÜLA et al. (2001) observaram, em um estudo com mais de 400 pacientes na Suíça, dados semelhantes aos verificados em estudos anteriores. Um paciente idoso e deprimido apresentava um risco de uma vez e meia maior de readmissão hospitalar que os idosos não deprimidos e que seus gastos com internação e reabilitação eram em média 38% maiores, cifra compatível com dados de outros trabalhos internacionais como os de UNUTZER et al. (1997) que concluíram que os gastos com idosos deprimidos são 50% maiores que os com não deprimidos.

De acordo com os dados do censo americano, em 1995, os gastos de recursos em saúde com os pacientes acima de 65 anos superaram em quatro vezes os gastos normais com os pacientes com idades abaixo de 65 anos. Aproximadamente metade destes gastos são proporcionadas pelas internações, em contraste aos valores encontrados com os mais jovens: estes utilizam menos de um terço das suas despesas com internações (DRUSS et al., 1999).

Aqui no Brasil, em 1995, o coeficiente de hospitalização, na faixa de 60 anos ou mais (197,2 / 1000 habitantes), foi mais do que o dobro do coeficiente da população entre 15 e 59 anos (92,7 / 1000 habitantes). A média de permanência hospitalar de pacientes geriátricos foi 40% maior (SILVESTRE et al., 1996 apud GUIMARÃES et al., 1997).

Outro consenso é o da duração das internações mais prolongadas nos idosos deprimidos quando comparados à população geral ou a idosos não deprimidos. FULOP et al. (1987) encontraram diferenças na permanência durante internação entre pacientes deprimidos e não deprimidos da ordem de 1.5 a 2 vezes a mais que o grupo de deprimidos entre quase 60.000 pacientes avaliados em dois grandes hospitais americanos.

HOSAKA et al. (1999) avaliando um grupo de 65 pacientes internos em um hospital geral e com prevalência de depressão maior que 21,5%, encontraram grande diferença por ocasião das internações, sendo de 36 dias dos não deprimidos contra 82,2 dias de permanência dos deprimidos.

Ao estudar a diferença entre a duração das internações, dos indivíduos deprimidos com doenças físicas, e dos deprimidos sem comprometimento clínico, SCHUBERT et al. (1995) encontraram diferença quase duas vezes maior para o grupo de deprimidos com doenças físicas (20,08 dias contra 11,48 dias), ou seja, a presença de uma doença física simultânea à depressão pode provocar um curso evolutivo mais acidentado e prolongado.

Outro grande problema ligado ao subdimensionamento da depressão que coexiste com as enfermidades clínicas é a procura inadequada de serviços clínicos (internações hospitalares de curto prazo, visitas a clínicos, exames laboratoriais, etc.) em detrimento dos serviços de saúde mental. KOENIG & KUCHIBHATLA (1998), avaliando o uso recente de serviços de saúde em 542 pacientes maiores de 60 anos, concluíram que os idosos clinicamente enfermos e deprimidos usam mais serviços de saúde que os não deprimidos, muito embora não recebam maior atenção no que diz respeito à procura por serviços de saúde mental.

CALLAHAN et al. (1997), colhendo uma população acima de 60 anos contando com 3767 indivíduos e estabelecendo a referida prevalência para depressão, observaram algumas características quanto às atitudes de procura de serviços médicos. Acerca da realização de testes diagnósticos para esclarecimento de queixas somáticas, os quais consideraram absolutamente desnecessários em virtude da origem depressiva destas queixas, verificaram que os idosos deprimidos apresentavam gastos a mais de aproximadamente US\$ 200 (duzentos dólares americanos) no período de um ano, apenas com os referidos testes diagnósticos e que persistiam até mesmo no segundo ano de acompanhamento.

INGOLD et al. (2000), estudando uma coorte de 196 idosos de uma comunidade rural da Suíça, concluíram que a coexistência de depressão com outros fatores de risco como morar sozinho ou incapacidade física constituía-se em risco elevado de uso "inapropriado" de serviços hospitalares.

Compreende-se, a partir deste fato, que o "mascaramento" da sintomatologia depressiva no idoso ainda passa bastante despercebida pelos clínicos.

Afora estes custos "palpáveis", JANICAK et al. (1996) alertaram também para outros danos indiretos como altas taxas de suicídios, acidentes por atenção e concentração prejudicadas, mortes por possíveis seqüelas (por ex: alcoolismo), perda de emprego, dificuldade em progredir, absenteísmo, prejuízo no trabalho, produtividade diminuída e desestruturação familiar.

1.4. DILEMAS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Um princípio fundamental da medicina geriátrica é que muitas doenças são manifestadas por sinais ou sintomas nos idosos que diferem daqueles dos mais jovens. A depressão geriátrica é uma condição bastante heterogênea, contando com influências diversas como a fisiologia do envelhecimento, incapacitação, perdas de recursos, alterações no estilo de vida, uso de certas medicações e, sobretudo, doenças médicas como hipotireoidismo, infecções virais, cardiopatias, linfoma e outras condições malignas.

Na maioria dos casos, encontra-se dificuldade na diferenciação dos sintomas somáticos da depressão, dos sintomas de uma doença física coexistente e das alterações físicas próprias do envelhecimento. De acordo com as evidências, à medida que envelhecemos, tendemos a apresentar um maior número de sintomas depressivos. No entanto, estas queixas nem sempre se enquadram nas classificações do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição). Estes não

apresentam sintomatologia grave o suficiente para serem caracterizados como portadores de depressão maior, enquanto que o curto tempo da doença e os períodos freqüentes sem sintomas, desqualificavam o diagnóstico de distímia. Apesar dos sintomas depressivos serem igualmente salientes tanto em idosos quanto em jovens, os episódios depressivos maiores são menos salientes na terceira idade.

CLARK et al. (1998) em um estudo comparativo entre pacientes psiquiátricos e clinicamente enfermos descreveram as diferenças mais comuns entre esses dois grupos. Neste estudo, relatavam que os hospitalizados em enfermarias clínicas distinguíam-se por maiores sentimentos de anedonia, baixo afeto positivo e hipersensibilidade a estímulos dolorosos, enquanto que os pacientes psiquiátricos foram especificamente caracterizados pelos sintomas cognitivos negativos.

Em 1984, GRAUER (BUSSE & BLAZER, 1999) realizou importante estudo avaliando pacientes deprimidos na China. Observou que, naquela cultura, o afeto depressivo e os sentimentos de culpa são raramente referidos, predominando expressão do quadro em equivalentes somáticos. A existência de depressão é negada pelos pacientes. A analogia é válida para a depressão no idoso que é manifestada nos medos e preocupações exageradas com o corpo. CORRÊA (1997) lembrou que um dos fatores ligados à personalidade que mais se associam às depressões "somatomorfas" (ou "mascaradas") é a alexitimia (incapacidade de reconhecer ou identificar e descrever os sentimentos próprios mediante palavras). Ao citar Alonso Fernández, apontou os seguintes transtornos como os mais freqüentes nas depressões mascaradas: hipocondria; transtorno corporal difuso ou mal localizado; dores e opressões dolorosas; prurido generalizado ou localizados (disestesias e

formigamentos); adinamia e astenia; alteração da pressão sangüínea, do ritmo sonovigília, da potência sexual; visão borrada e zumbidos; perda de peso e apetite; postura curvada e cansada, fácies de sofrimento, mímica pobre, gesticulação inibida e perda da iniciativa e espontaneidade.

Não se pode esquecer também, no que diz respeito à capacidade física dos idosos, que também pode haver prejuízo importante na força física e movimentação, levando a importante incapacidade física (PENNINX et al., 1998a; MEYER et al. 2000).

RODIN et al. (1987), em uma importante revisão, descreveram quais os transtornos depressivos mais associados às doenças médicas: transtorno depressivo maior, transtorno de ajustamento com humor depressivo, distímia, transtorno afetivo orgânico e outras manifestações indiretas ou que encobrem depressão como somatização, dor ou doenças com comportamento anormais, pseudodemência, comportamento suicida ou recusa ao tratamento médico.

A depressão é dez vezes mais freqüente em idosos clinicamente enfermos do que na população geriátrica geral, muito embora as ligações entre doença física e depressão ainda não sejam bem esclarecidas. A teoria da deficiência das catecolaminas e indolaminas, ao que parece, não tem sido suficiente para responder essa questão.

1.5. PSICONEUROIMUNOLOGIA E OUTROS MECANISMOS DE INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Além das aminas biogênicas, outros sistemas recentemente descobertos também têm exercido importante papel na etiologia e no tratamento da depressão. CARVALHO & SOUGEY (1994), em uma revisão bibliográfica, reuniram novos modelos capazes de esclarecer a inter-relação de depressão e enfermidade clínica. Concluíram que as alterações relacionadas com os distúrbios depressivos têm sido encontradas nos seguintes sistemas: eixo hipotálamo-hipófise-adrenal; eixo hipotálamo-hipófise-tiróide; eixo hipotálamo-hormônio do crescimento; eixo hipotálamo-hipófise-prolactina e por fim a glândula pineal (melatonina).

Outro trabalho de revisão bibliográfica mais atual (UPDATE..., 2000) demonstrou um panorama mais amplo, com a participação não somente dos elementos já citados assim como de elementos do sistema imunológico como as interleucinas, interferon e fatores de necrose tumoral. A presença de um estresse emocional agudo e persistente ou um agente patógeno podem servir para ativação destes elementos chamados citoquinas. No mesmo trabalho, os autores avançaram nas discussões a respeito do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal como importante agente nas alterações físicas decorrentes da depressão. Como exemplo destas alterações podemos citar que, mediante um estresse, o fator de liberação da corticotrofina (CRF) é secretado no hipotálamo, estimulando a hipófise na liberação de adrenocorticotrofina (ACTH) e conseqüentemente secreção sistêmica de cortisol. Atribui-se a este estado de hipercortisolemia persistente grande responsabilidade por uma série de alterações

físicas ocorridas na depressão: a diminuição de número de leucócitos, as alterações das citocinas, etc.

Os estudos das modificações imunológicas conseqüentes aos estados de humor alterados, apesar de ainda não serem completamente elucidativos no que tange aos meios que esse fenômeno percorre, permitem-nos concluir que há, de fato, uma interação bastante íntima entre imunidade e humor. MAYNE et al. (1996), por exemplo, em um seguimento com 402 indivíduos homossexuais e bissexuais HIV positivos na cidade de San Francisco (Estados Unidos), observaram que a ocorrência de depressão reduzia significativamente a sobrevida desta população.

NUNES et al. (1998), estudando a prevalência de depressão em pacientes acometidos de pneumonia, concluíram que, naqueles portadores de depressão, as chances de contrair pneumonia era bem maior, se comparado com os não deprimidos, permitindo supor-se que a imunidade estava mais comprometida quando acompanhada da depressão.

SCHLEIFER et al. (1996) encontraram, em seus estudos sobre a imunidade em deprimidos, significantes diferenças relacionadas à idade, como resposta "mitogênica" e número reduzido de linfócitos CD4+, o que pode explicar a maior vulnerabilidade do idoso à infecções e o pior prognóstico durante a internação, um forte estressor para esses indivíduos. Tais dados são corroborados por GUIDI et al. (1998), também citando outras alterações como produção de hormônios imunomoduladores, número e atividade dos linfócitos, especialmente as células "natural killers" (NK), diminuição da

produção de interferon e das interleucinas como situações ligadas ao processo do envelhecimento.

CARSON et al. (2000), realizando revisão sistemática acerca da ocorrência de depressão pós-acidentes vasculares cerebrais, consideraram não existir correlação evidente entre lesão específica de uma determinada região cerebral e maior risco ao desenvolvimento de depressão, que deve ser associado a outros fatores.

RITCHIE et al. (1999), após acompanharem as alterações de fluxo cerebral em indivíduos portadores de Doença de Alzheimer em dois grupos - deprimidos e não deprimidos - não encontraram correlação com depressão no comportamento do fluxo cerebral em ambos os grupos.

1.6. MORBIDADE / MORTALIDADE DO COMPLEXO DEPRESSÃO - DOENÇA FÍSICA

Uma das associações mais interessantes e largamente estudadas são as conseqüências da comorbidade depressão / doença cardíaca ou coronariana (KELLERMANN et al., 1999). WASSERTHEIL-SMOLLER et al. (1996), em um estudo de coorte que durou quatro anos e meio e acompanhando 4367 indivíduos acima de 60 anos, observaram um risco de ocorrência de infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e morte elevados no grupo com diagnóstico confirmado de depressão. Em um estudo com características semelhantes, MENDES DE LEON et al. (1998) constatam em um grupo com 2812 idosos que sintomas depressivos podem não ser fatores de risco independentes para doenças cardiovasculares, mas que podem elevar

o risco destas, especialmente no grupo de mulheres idosas que denominavam como "relativamente saudáveis" por não apresentarem maiores complicações clínicas.

Já, segundo os achados de FORD et al. (1998), depressão constitui-se um fator de risco independente para a doença arterial coronariana por várias décadas após a instalação de depressão clínica. Neste mesmo contexto, as evidências mais atuais (WELLS et al., 1993; HANCE et al., 1996; LADWIG et al., 1994) demonstraram que a ocorrência de depressão após doença coronariana não se resume a uma simples reação de ajustamento e sim um quadro clínico mais importante e que, caso não seja tratado, pode apresentar elevada tendência a persistir cronicamente, especialmente se fatores como baixo nível de atividades diárias e características da personalidade estiverem presentes. SHIMA et al. (1994) descreveram um tipo específico de padrão de comportamento propício ao desenvolvimento de depressão pós-acidente vascular cerebral.

Conforme descreveram MANICA et al. (1999), existem dois tipos de mecanismos que podem explicar a relação entre depressão e doença cardiovascular: o mecanismo psicossocial; ligado aos aspectos da adesão ao tratamento, aos hábitos de vida como cigarro, bebida e sedentarismo além dos hábitos alimentares contribuindo para um aumento da morbimortalidade cardiovascular nos pacientes com sintomas depressivos; o mecanismo fisiopatológico, que pode estar ligado às alterações na regulação do sistema nervoso autônomo, aumento na atividade plaquetária, diminuição na variabilidade da função cardíaca e disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

CUNHA (1993), considerando o idoso cardiopata como um paciente de risco, aconselha que toda a atenção deve ser dada a ele. Para tanto, recomenda que devem ser utilizados durante a internação hospitalar instrumentos diagnósticos sistemáticos, evitar o uso de medicações potencialmente depressoras, intervir de imediato com antidepressivos para os casos confirmados de depressão e adotar constante monitorização clínica e eletrocardiográfica para estes pacientes.

DIMATTEO et al. (2000) acrescentaram que, comparados com pacientes não deprimidos, os clinicamente enfermos que evoluem em comorbidade com depressão tem chances três vezes maiores do que o outro grupo de não aderirem aos seus tratamentos clínicos, ficando mais expostos às complicações.

BONAMIGO & JURUENA (1998) concordaram que as interações entre depressão e doenças cardiovasculares são recíprocas e relevantes, portanto, a intervenção farmacológica específica deve ser imediata, opinião corroborada por outros estudiosos (EVANS et al., 1997; GALLO & RABBINS, 1999).

Outras áreas clínicas têm empenhado esforços no sentido de estabelecer correlações mais precisas na influência da depressão no surgimento ou no agravamento de certas doenças. PENNINX et al. (1998b) consideraram após avaliarem 4825 pessoas em uma coorte de quase 4 anos que quando presente por mais de 6 anos, depressão estava associada com um risco elevado de desenvolver câncer de qualquer espécie.

HOPWOOD & STEPHENS (2000) estudando 987 pacientes do programa "British Medical Research Council Lung Cancer Working Party", submetidos a tratamentos paliativos e, portanto, inoperáveis, detectaram uma prevalência de 33% de depressão que persistiu inclusive após melhora clínica em mais da metade dos casos confirmados, influenciando positivamente a qualidade de vida destes indivíduos.

Das evidências mais estudadas nos últimos anos, uma das mais interessantes são as correlações entre depressão e mortalidade nas diversas enfermidades clínicas. FURLANETTO et al. (2000), em uma série de 241 pacientes internados em enfermarias clínicas, observaram a mortalidade associada à depressão, especialmente naqueles casos onde a sintomatologia predominante era de insônia, anedonia e sentimento de desesperança, considerando-os, portanto, como fortes marcadores deste fator de risco.

Curioso notar também que, em dois estudos (St. JOHN et al., 1997; SHMUELY et al., 2001), a observação de que a presença de acompanhantes no domicílio exercia fator de proteção contra mortalidade, beneficiando a qualidade de vida.

ARFKEN et al. (1999) afirmaram, após estudos com 667 idosos clinicamente enfermos internados em hospitais gerais, que tanto o comprometimento cognitivo quanto a depressão são potentes preditores independentes de mortalidade nesta população, fato este ignorado pelos clínicos e que ressalta a necessidade de intervenções específicas.

Estudos semelhantes reforçam esta mesma evidência (ROACH et al., 1998; EVERSON et al., 1998; WHOOLEY & BROWNER, 1998; ZIEGELSTEIN et al., 1998;

COVINSKY et al., 1999; KOENIG et al., 1999; KIMMEL et al., 2000; LESPÉRANCE et al., 2000; BÜLA et al., 2001.). Alguns pesquisadores, no entanto, chegam a ser mais específicos, condicionando o risco de mortalidade também à gravidade da sintomatologia. CAVANAUGH et al. (2001), por exemplo, afirmaram que a depressão maior é um fator de risco para mortalidade durante a internação hospitalar. Contudo a ocorrência de depressão leve não chega a ser considerada como relevante, perdendo inclusive em importância para a história pregressa de depressão que tem um peso maior. Tais afirmações são rebatidas por SCHULZ et al. (2000) que consideraram a depressão um fator de risco (portanto, maior do que na população geral), variando apenas na proporção do risco diretamente na intensidade da depressão, logicamente maior para os casos mais graves e obviamente menor o risco de mortalidade para as depressões mais leves.

1.7. PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO NA VIGÊNCIA DE ENFERMIDADE CLÍNICA

Num estudo de prevalência de depressão em idosos deprimidos, é importante que levemos em consideração que os seus resultados podem estar condicionados a uma série de fatores e, logicamente, dependendo da metodologia apresentar resultados com grande variabilidade. O recrutamento dos pacientes pode ser difícil. LYNESS et al. (1996) em um relato para um simpósio, citaram o caso de um estudo feito no "Philadelphia Geriatric Center-" onde apenas 57% de 2327 pacientes idosos conseguiram completar as entrevistas. Lembra ainda que, das exclusões; 18,1% deveram-se a prejuízo cognitivo severo; 19,3% à recusa em submeter-se ao estudo; 4,4% a prejuízo sensorial e 1,1% à fragilidade constitucional.

Vale lembrar que o padrão de associação entre depressão e doença física pode variar de acordo com as subpopulações adotadas como amostra para estudo. A opção por adotar um estudo em pacientes internados seria motivada pela facilidade em contar com um número maior de casos em curto espaço de tempo, diferente da pesquisa na comunidade onde o risco da amostra reduzida e da subpopulação ampliada seria bem maior.

Várias modalidades de estudos têm sido propostas para avaliar os sintomas relacionados a um diagnóstico depressivo. As mais utilizadas atualmente são: 1) abordagem etiológica - considerando o sintoma apenas como parte do transtorno de humor (comumente utilizado no DSM - III, DSM - III - R e outras entrevistas estruturadas). 2) abordagem inclusiva - que descreve todos os sintomas a despeito de considerações etiológicas (parcialmente utilizado no DSM - IV). 3) abordagem exclusiva - através da construção de uma lista de sintomas que elimina sintomas de elevado potencial de confusão. 4) abordagem substitutiva - constrói uma lista de sintomas justamente em torno dos outros capazes de gerar confusão como itens neurovegetativos / somáticos além de fatores ligados à cognição

Estudar a prevalência de depressão representa tarefa bastante difícil. Existe enorme variabilidade de valores em função de inúmeros fatores. A população de origem (comunidade, institucionalizados, internos em hospitais, clinicamente enfermos ou em alas psiquiátricas, etc), a heterogeneidade da população (sexo, faixa etária, hábitos de vida, doenças específicas, etc) além dos instrumentos utilizados que provocam grande imprecisão e dificuldade de comparação dos resultados.

Como exemplos teremos estudos como o de COYNE et al. (1994) que, analisando 1928 pacientes em salas de espera de consultórios clínicos com pacientes de 15 a 65 anos, encontraram prevalência de 13,5% para depressão maior, enquanto que outros 22,6% preencheram critérios para outros transtornos depressivos.

Ao conduzir um estudo de transtornos mentais nas enfermarias de clínica médica, cirurgia geral e ginecologia em um hospital geral na África do Sul, NAIR & PILLAY (1997), estabeleceram uma prevalência para depressão de aproximadamente 7% de uma amostra de 230 pacientes adultos jovens.

WOO et al. (1994) determinaram a prevalência de idosos chineses vivendo na comunidade de aproximadamente 35 %. MORENO et al. (1999) também estudando indivíduos acima de 65 anos na comunidade de uma cidade mexicana, determinaram uma prevalência de 20 % para depressão.

Por sua vez, AYDIN & ULUSAHIN (2001), estudando pacientes portadores de tuberculose e doença pulmonar obstrutiva crônica, verificaram que a prevalência de depressão se comportava de maneira diferente para cada grupo de doença: 35,9% para o grupo de DPOC, 21,1% no grupo de tuberculosos recentemente diagnosticados e 25,6% para o grupo de tuberculosos resistentes a esquema medicamentoso utilizado.

Associaram essas diferenças ao baixo nível social e as grandes perdas de papel social (incapacidade física, desemprego e isolamento social mais evidentes) referentes aos portadores de DPOC como fatores determinantes para mais altas taxas do que nos outros grupos. Tais justificativas encontram respaldo inclusive em estudos

anteriores conduzidos aqui no Brasil (HECKLER et al., 1997) que com resultados próximos, também citaram as mesmas condições psicossociais como fatores de grande influência no desenvolvimento da depressão no curso desta doença pulmonar.

BOTEGA et al. (1995), em um estudo de validação da escala de medida de ansiedade e depressão (HAD) detectaram, nas enfermarias de clínica médica, uma prevalência de 33% para adultos jovens.

Contudo, grosso modo, a prevalência de depressão em idosos, clinicamente enfermos e internados em hospitais gerais atingem as mais altas taxas de prevalência, se comparados a outros modelos de estudo.

GARCIA et al. (1996) quantificaram em 28,4% a prevalência de depressão quando aplicaram um instrumento diagnóstico chamado CDS-20 (Questionário de seleção para depressão de Goldberg) nos idosos internados no Hospital Militar em Santiago do Chile.

Já LÁZARO et al. (1995), utilizando o instrumento diagnóstico informatizado CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination), conseguiram obter apenas 15,6% de taxa de prevalência para depressão nos idosos no "Hospital Clinical Provincial" de Barcelona.

Muito embora os próprios autores critiquem seus resultados, considerando que o instrumento utilizado CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression scale) proporcionou um elevado percentual de resultados falso-positivos, SCHEIN & KOENIG

(1997) informaram que, em um estudo com 129 idosos (acima de 60 anos) internados em enfermarias clínicas, encontraram uma prevalência de 34,21%. Neste caso, sugerem a utilização de um segundo instrumento para dar mais confiabilidade aos dados em caso de utilização do CES-D que, para todos os efeitos é um instrumento de fácil aplicabilidade.

KOENIG et al. (1997b) realizaram um estudo com 460 pacientes idosos deprimidos internados em hospitais gerais e compararam a prevalência de acordo com seis tipos de abordagem na pesquisa. Os valores apresentaram uma considerável variabilidade, indo desde uma prevalência de 14,6% em depressão maior e 15% para sintomas depressivos na abordagem mais conservadora (uma mistura entre as abordagens exclusiva e etiológica) até 20,7% para depressão maior e 25,2% para os sintomas depressivos na abordagem mais liberal (a inclusiva). Concluíram que os estudos mais conservadores são melhores para identificar os casos mais persistentes (maior especificidade), no entanto, perdem significativa sensibilidade e confiabilidade.

Alguns pesquisadores em epidemiologia e a maioria dos clínicos quando querem maximizar sensibilidade e especificidade, preferem os métodos mais liberais, como é o caso de BECK et al. (1998), que utilizando a abordagem inclusiva para determinação de depressão em idosos, encontraram taxas de aproximadamente 45%.

No Brasil, a prevalência dos transtornos depressivos em coexistência às enfermidades clínicas têm sido relativamente estudada, demonstrando resultados um pouco mais elevados, comparados à casuística internacional. No que tange à ocorrência de depressão na comunidade, podemos citar como importante referência o

estudo de VERAS & COUTINHO (1991) que, estudando idosos vivendo em três distritos sanitários do Rio de Janeiro (Copacabana, Méier e Santa Cruz), encontraram variações nas suas mensurações; a saber, 20,9%; 23,0% e 36,8% respectivamente.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 1992, NASCIMENTO & NOAL investigaram a prevalência de depressão em pacientes internados, tanto nas enfermarias clínicas quanto cirúrgicas, do Hospital Universitário Santa Maria. Determinaram uma prevalência de 30,5 % em 190 pacientes entrevistados, correspondendo a 18,40 % com quadros depressivos leves e 12,10% para episódios depressivos maiores. A amostra contava com pacientes a partir de 16 anos e 27,9% destes estavam com mais de 60 anos.

Em João Pessoa, MORAES (1996) realizou estudo de prevalência-ponto para depressão em pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley e, conforme seus resultados, observou uma taxa de 27,3% de depressão para adultos. Muito embora este não seja um estudo específico para idosos, permite-nos entender um pouco mais sobre o perfil sócio-demográfico de uma população de uma capital nordestina com características bastante semelhantes à população estudada nesta dissertação.

GUIMARÃES et al. (1997) em um estudo, apenas com pacientes idosos cirúrgicos, descobriram uma prevalência de 37% para depressão mínima e moderada enquanto que 7% para transtorno depressivo maior.

As instituições asilares também apresentam altas taxas de prevalência de depressão. Tais afirmações estão amparadas nos resultados de estudos como o de RIBEIRO et al. (1994) que, analisando cerca de 438 internos residentes em tempo integral de 5 instituições geriátricas, encontraram uma prevalência de 47,8% de depressão, sendo 20,9% para os casos mais graves e 28,9% para os casos leves e moderados.

PARTE II

ESTUDO CLÍNICO

2. ESTUDO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GERAL

- Detectar a taxa de frequência de depressão em pacientes idosos clinicamente enfermos, internados nas enfermarias clínicas do Hospital das Clínicas da UFPE em Recife.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de pacientes idosos nas enfermarias clínicas.
- Descrever o perfil sócio-bio-demográfico destes pacientes.
- Identificar o percentual de pacientes idosos deprimidos não diagnosticados.
- Verificar a frequência da comorbidade - doença clínica / depressão.
- Comparar os resultados da pesquisa com os dados da literatura nacional e internacional.

3. PACIENTES E MÉTODOS

3.1. LOCAL E DESENHO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, situado no bairro da Cidade Universitária, em Recife. Hospital de nível quaternário, de natureza pública e, portanto, integrante da rede de prestação de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Serve de referência em inúmeras especialidades médicas para toda a região metropolitana do Recife, interior de Pernambuco e, não raro, recebendo pacientes de outros estados do Nordeste.

Nesta pesquisa, foram incluídos os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica, mais especificamente aqueles internados nas enfermarias do 7º andar Ala Norte, excluindo-se a enfermaria de psiquiatria, além das enfermarias da Ala Sul do 7º andar como Pneumologia, Cardiologia, Hematologia, Reumatologia, Endocrinologia e Gastroenterologia. Nesta última ala, excluímos da pesquisa a enfermaria destinada àqueles que estavam se submetendo à iodoterapia.

Estas enfermarias totalizam aproximadamente 70 leitos, o que permite fluxo e volume constantes, prestando-se para uma coleta satisfatória de casos para os objetivos desta pesquisa.

O desenho escolhido foi o de um estudo descritivo, do tipo inquérito de corte transversal com grupo de pacientes idosos (a partir de 65 anos) internados em enfermarias de clínica médica de um hospital público de referência.

Trabalhamos com dados primários obtidos a partir da consulta inicial dos prontuários e do exame direto do paciente. Nesta etapa, os pacientes foram submetidos à avaliação mediante utilização de instrumentos padronizados de entrevista e escalas de avaliação. Uma segunda etapa, decorridos seis meses após a primeira fase, consistiu na revisão dos prontuários de todos os pacientes entrevistados para a verificação de alguns dados importantes para a pesquisa; tais como diagnóstico de alta, ocorrência de diagnóstico de depressão pelo médico clínico e ocorrência de óbito.

É importante afirmar que a segunda etapa descrita acima resumiu-se apenas a constatar a existência ou não de alguns dados necessários aos objetivos do estudo, sem denotar qualquer tendência de seguimento ou de modificar seu caráter transversal, sendo este portanto um estudo de prevalência-ponto.

Vale ressaltar que as avaliações foram realizadas por um único examinador, no caso o próprio autor que, em etapa prévia ao estudo, realizou o treinamento nas escalas, entrevistas estruturadas e conduziu um estudo piloto para melhor familiarização com os procedimentos de avaliação. Os pacientes entrevistados nesta etapa (n = 05) não foram incluídos nos resultados finais do estudo.

A medida de ocorrência do fenômeno "depressão no idoso" foi a determinação da prevalência-ponto no período em que realizou-se a entrevista. Contudo, os dados obtidos não podem ser considerados como tendência a ser reproduzida em outros grupos, como por exemplo, na população geral ou até mesmo no grupo específico em que se originou a demanda da pesquisa, no caso, os idosos vivendo na comunidade.

Deve-se, portanto, considerar esta prevalência apenas para a condição do idoso que, padecendo de enfermidade(s) física(s), encontra-se internado em enfermaria de clínica médica. O que se quer verificar, de fato, é o impacto da comorbidade e suas conseqüências para o estado de saúde, e na qualidade de vida da população estudada.

3.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Como instrumentos de avaliação desta pesquisa, foram utilizados:

(A) Protocolo de pesquisa; desenvolvido pelo pesquisador exclusivamente para a coleta de dados e estudo (Anexo) constando de:

1. dados de identificação;
2. dados de informações sócio-demográficas;
3. dados sobre o estado de saúde atual, antecedentes pessoais e familiares relativos tanto à doença clínica quanto à depressão (Anexo).

(B) Mini-Exame do Estado Mental (Anexo).

(C) Instrumento diagnóstico SCID-CV, traduzido para o português (Anexo).

(D) Escala de avaliação para depressão de Montgomery-Asberg - MADRS (Anexo).

A) O protocolo ou ficha de pesquisa foi desenvolvido pela necessidade de concentrar objetivamente dados de identificação, avaliação de condições bio-sócio-demográficas, estado de saúde e antecedentes clínicos e psíquicos pessoais e/ou familiares. Consta de 44 itens, dos quais, pelo menos metade pode ser alcançada mediante consulta direta ao prontuário do paciente, economizando esforço e,

logicamente, reduzindo o tempo da etapa da entrevista, transformando-a em algo menos desgastante para um idoso numa condição clínica delicada. Em consequência, pôde-se concentrar atenções na realização das etapas seguintes.

B) Para avaliarmos as condições mínimas de compreensão e garantir a confiabilidade dos dados, escolhemos por ser das mais simples e difundidas provas clínicas a avaliação das condições cognitivas através de uma versão traduzida para o português e adaptada do “Mini-Mental State Examination” (MMSE)”.

C) A entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, 3a Edição Revisada) desenvolvida por SPITZER et al. (1992) durante a década de 80, foi desde início largamente utilizada como instrumento confiável para o diagnóstico psiquiátrico.

Constitui-se de um roteiro de entrevista clínica, sendo necessário para utilizá-lo a condição de profissional experimentado. É dividida em módulos que correspondem às diversas categorias diagnósticas, que estando no corpo da entrevista, podem ser indicadas, tornando fácil a elaboração do diagnóstico. Existe, inclusive, a possibilidade de que questões remanescentes sejam ignoradas, caso critérios essenciais para o diagnóstico não sejam preenchidos ("*skip out*"), permitindo descarte rápido de diagnósticos irrelevantes.

Em 1994, com a publicação da 4a Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), algumas modificações foram introduzidas em

relação à versão anterior, tornando-se necessárias algumas correções na estrutura do SCID ("Structural Clinical Interview for DSM-IV").

As questões foram adaptadas para os critérios propostos pelo DSM-IV, sem que ocorresse, a priori, mudança na estrutura básica da entrevista.

Além da versão de pesquisa, também foi publicada uma outra entrevista voltada para a aplicação na prática clínica, "*Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinical Version*" (SCID-CV).

Esta entrevista diferencia-se da versão de pesquisa por não apresentar uma avaliação completa de algumas categorias diagnósticas específicas como transtornos somatomorfos, transtornos alimentares e alguns transtornos de ansiedade, sendo sugeridos nestes casos consulta direta ao DSM-IV para confirmação diagnóstica.

A SCID-CV foi traduzida para o português (DEL BEM et al., 2001) inicialmente para o DSM-III-R (DEL-BEM et al., 1998; DEL-BEM et al., 1996) sendo depois modificada e adaptada para o DSM-IV, sem verificar-se comprometimento da compreensão pelos pacientes a que se destinavam e muito menos na sua acurácia, mostrando ser ainda um instrumento de elevada confiabilidade no diagnóstico psiquiátrico. KOENIG et al. (1995) julgam que não existe vantagem em abandonar o diagnóstico pelo modelo do DSM-IV em idosos clinicamente enfermos. Com relação ao modelo inclusivo, estaríamos expostos a um risco de diagnóstico em excesso para depressão de aproximadamente 25% e que acarretaria um gasto desnecessário e abusivo de serviços de saúde mental.

D) Construída inicialmente para ser uma escala de avaliação particularmente sensível aos efeitos da terapia com antidepressivos, a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), desenvolvida na Suécia, na década de 70 (MONTGOMERY & ASBERG, 1979), tem sido cada vez mais amplamente utilizada como escala de avaliação clínica de depressão.

Constitui-se de questionário bastante acessível composto de 10 itens descritos em linguagem simples e explícito evitando a extensão de muitos termos psiquiátricos comumente utilizados, permitindo sua compreensão por toda a equipe de profissionais de saúde (CALIL, 1989).

Para todos os itens, a pontuação nos graus de escala varia de 0 a 6, permitindo avaliações intermediárias de 1, 3 e 5 de acordo com a intensidade do sintoma referido no item.

Sua validade tem sido demonstrada pela sua alta correlação com a escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) em diversos estudos que mostram ser a MADRS válida e confiável quando aplicada por entrevistador clínico ou até mesmo por enfermeiros treinados (HAMMOND, 1998; MORENO & MORENO, 1998).

O fato de ter apenas 10 itens torna, aparentemente, mais simples, contudo suas vantagens não se concentram apenas neste aspecto. A variabilidade de pontos (0 a 6) permite maior flexibilidade ao avaliador de descrever a manifestação dos sintomas. A MADRS não apresenta sintomas inespecíficos, como encontrado na HAM-D e supõe-

se que a MADRS seja mais sensível a modificações mais sutis e precoces da sintomatologia o que a tornaria capaz de avaliar a resposta a tratamento com maior precisão e antecedência.

Outra vantagem bastante interessante é que a MADRS tem se mostrado uma boa alternativa para a avaliação de depressão na população de idosos, enfermos e hospitalizados. Justifica-se pelo fato de que, muito embora sintomas somáticos sejam incluídos, a MADRS é mais dependente dos sintomas psicológicos e, portanto, menos passível de confusões com queixas físicas resultantes das doenças clínicas (LINKA et al., 2000).

Apesar do escore máximo de 60 pontos, uma pontuação de 17 ou levemente superior já se pode considerar a partir disso resultados significantes para síndrome depressiva (KURLOWICZ & STREIM, 1998). Este escore tem sido utilizado de forma mais representativa, muito embora alguns estudos têm utilizado pontos de corte maiores como, por exemplo, 20 (KAPCZINSKY et al., 1996).

Aplicada pela primeira vez no Brasil por DRATCU et al. (1987), apesar da grande diversidade de escalas de avaliação existente (especialmente a Hamilton Depression Scale), já validada mediante estudos prévios em outras amostras (SILBERMAN et al., 1995), tem sido utilizada de forma bastante crescente em nosso país, dada a sua alta confiabilidade e simplicidade de aplicação.

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

No período em que foi realizada a pesquisa, entre 22/07/2002 até o dia 22/11/2002, foram internados 458 pacientes. Deste total, 80 pacientes (14,47% do total) pertenciam a faixas etárias acima de 65 anos.

A frequência com que o examinador visitava as enfermarias, aproximadamente três vezes por semana, permitiu coletar ao todo 59 pacientes (73,75% do total de idosos internados no período). Os 21 restantes não permaneceram no tempo mínimo descrito para a pesquisa (72 horas) nas enfermarias referidas. Muito embora não fosse objetivo do estudo avaliar ou quantificar estas causas de alta precoce, justificam-se tais casos nas seguintes condições:

- a) Alta precoce, em função de a internação ter sido efetuada para realização de exames como colonoscopia, ultrassonografia, biópsias, entre outros.
- b) Transferência imediata para outras enfermarias, especialmente a UTI, fora do âmbito deste estudo.
- c) Óbito decorrido antes das primeiras 72 horas de internação.

Visto que a fragilidade física e as condições cognitivas certamente interferem nos resultados da pesquisa, estabelecemos uma condição mínima sustentável que permitisse a confiabilidade dos dados relatados e que nada mais representa senão o estabelecimento de critérios claros de inclusão e exclusão, não diferentes dos inúmeros estudos nacionais e estrangeiros que, com delineamentos metodológicos semelhantes, fornecem importantes dados de prevalência de depressão em idosos.

Critérios de Inclusão:

a) Foram incluídos no estudo os pacientes com idades a partir de 65 anos ou mais, contados desde o dia da entrevista e que estivessem pelo menos em seu quarto dia de internação, ou seja, decorridas aproximadamente 72 horas após a sua internação;

b) Aqueles que, mediante expressa autorização ou de seus familiares, aceitaram participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo);

c) Apresentassem condições físicas e cognitivas suficientes, ou seja, sem impedimentos da fala ou que pudessem responder de alguma forma os questionários utilizados na pesquisa.

Foram, portanto, submetidos à avaliação com o Mini-Exame do estado mental adaptado por SEABRA et al. (1990), sendo incluídos no estudo aqueles com escores iguais ou maiores que 22 (de um total de 30 pontos).

As condições de não preenchimento dos critérios da pesquisa e, portanto, critérios de exclusão desta seriam:

a) Idade abaixo de 65 anos;

b) A recusa imediata da pesquisa (não assinando o termo de consentimento esclarecido);

c) Internações com menos de 72 horas;

d) Grave estado geral impedindo a realização da entrevista (estado de coma, por exemplo);

e) Aqueles que não atingissem o escore mínimo (22 pontos) no Mini-Exame Mental, supondo-se condição cognitiva desfavorável à confiabilidade do estudo.

Dos 59 pacientes inicialmente coletados; 07 apresentaram grandes dificuldades de entrevista, devido ao grave estado geral, submetidos alguns a entubação, ventilação constante com grave dispnéia, traqueostomizados ou até mesmo em coma. Quatro outros se recusaram a participar da pesquisa, enquanto que os 08 pacientes restantes, apesar de aceitarem participar do estudo e assinarem o termo de consentimento esclarecido, não obtiveram escores no Mini-Exame Mental que, conforme os critérios de inclusão, permitissem o prosseguimento da entrevista (TABELA 1).

Percorridos estes primeiros passos, constituímos uma amostra final de 40 pacientes, representando 67,80% dos 59 coletados, ou então 50% de todos os idosos internados no período de estudo. Houve equilíbrio quanto à distribuição da amostra por sexo, sendo dividida em exatos 50% para cada sexo, masculino e feminino.

A média de idade do grupo era de 72,38 anos, com uma amplitude variando de 65 a 90 anos, sendo a moda de 68 anos. Quanto ao estado civil, 22 (55%) eram casados, 02 (5%) eram solteiros. Outros dois eram separados (5%), enquanto que os 14 restantes (35%) eram viúvos. Com relação à procedência; 17 eram provenientes da região metropolitana de Recife (42,5%), 22 (55%) do interior de Pernambuco e apenas um único paciente (2,5%) proveniente de um outro estado da região Nordeste, no caso, de Alagoas. Quando questionado sobre a opção religiosa, 62,5% (25 pacientes) responderam pertencer à religião católica, enquanto que os 15 restantes (37,5%) informaram participar de cultos evangélicos.

Quanto ao grau de escolaridade, 14 (35%) informaram não saber ler e nem escrever, tendo também freqüentado menos de um ano de escola, sendo considerados, portanto analfabetos. Já outros 03 pacientes conseguiram assinar seus próprios nomes, mas reconheceram não saber escrever outras palavras ou sequer ler. Estes 7,5% da amostra foram considerados semi-analfabetos. Os 23 restantes, portanto 57,5% da amostra, apresentam níveis de formação que variavam desde o nível equivalente ao fundamental incompleto até o nível médio completo. Não encontramos nenhum paciente que apresentasse pelo menos nível superior incompleto.

Um importante detalhe a ser referido trata-se da inespecífica e arbitrária caracterização do tipo étnico, que causou dificuldades na sua "exata" distinção. Apesar de distinguirmos apenas três padrões de cores (branca, parda ou negra), os dados obtidos refletem, como não poderia deixar de ser, a impressão do examinador e, como importante viés, provocar tendência a considerações equivocadas. A miscigenação característica desta região proporciona a existência de uma variedade significativa de matizes de difícil caracterização e inclusão em apenas 3 padrões de cores, além de que, reconhecida a extensa mistura de características genéticas ligadas à cor da pele, fica impróprio fazer-se qualquer tipo de correlação de cor da pele como fator de risco ou de proteção para a depressão. Neste caso, descrevemos os dados de forma quantitativa: 29 pacientes (72,5%) foram considerados como de cor da pele branca, 07 (17,5%) de cor parda e 04 (10%) de cor negra.

Baseados na constatação de serem usuários de serviços públicos de saúde, além do baixo nível de escolaridade, concluímos que esta amostra constitui-se basicamente de elementos de população pertencentes a um estrato sócio-econômico de baixa renda.

3.4. PROCEDIMENTO

A pesquisa constituiu-se das seguintes fases:

1ª Fase - Treinamento do profissional envolvido na pesquisa para a realização da entrevista. Repetindo os mesmos procedimentos da pesquisa como leitura do termo de consentimento esclarecido, realização do mini-exame mental, aplicação do instrumento diagnóstico (SCID – CV) e da escala de Montgomery - Asberg para avaliação de depressão. Foram escolhidos aleatoriamente 05 pacientes cujos dados não foram incluídos como parte da amostra, prestando-se apenas para treinamento. O tempo médio das entrevistas nestes casos foi de aproximadamente 80 minutos. Esta fase precedeu a realização propriamente dita do estudo em uma semana.

2ª Fase - Fase de realização do estudo, iniciada em 22/07/2002 e concluída em 22/11/2002, quando foram coletados todos os indivíduos estudados na amostra, tomando-se como padrão de procedimento e ordem de utilização dos instrumentos descritos realizados na fase de treinamento.

3ª Fase - Decorrida pelo menos 06 meses após a conclusão da 2ª fase, portanto ao final do mês de Maio de 2003, resgatamos os 40 prontuários referentes aos

usuários da amostra no sentido de coletar as informações ausentes na ficha de pesquisa; tais como diagnóstico de alta, confirmação pelo clínico de ocorrência de depressão e óbitos ocorridos.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a avaliação dos dados referentes à prevalência-ponto, do perfil sintomatológico, assim como o cruzamento de dados biodemográficos, efetuamos a análise dos dados contando com a assessoria de um estatístico. Utilizamos o programa "EPI-INFO 6.02" (*"A Word Processing Database and Statistics Program for Public Health, - World Health Organization, Geneva, Switzerland & Center For Disease Control and Prevention (CDC), USA*). Para a avaliação de associações entre duas variáveis utilizamos os testes de Qui Quadrado de Yates, de Pearson e de Fischer (mono e bicaudal), além do ODDS-Ratio.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

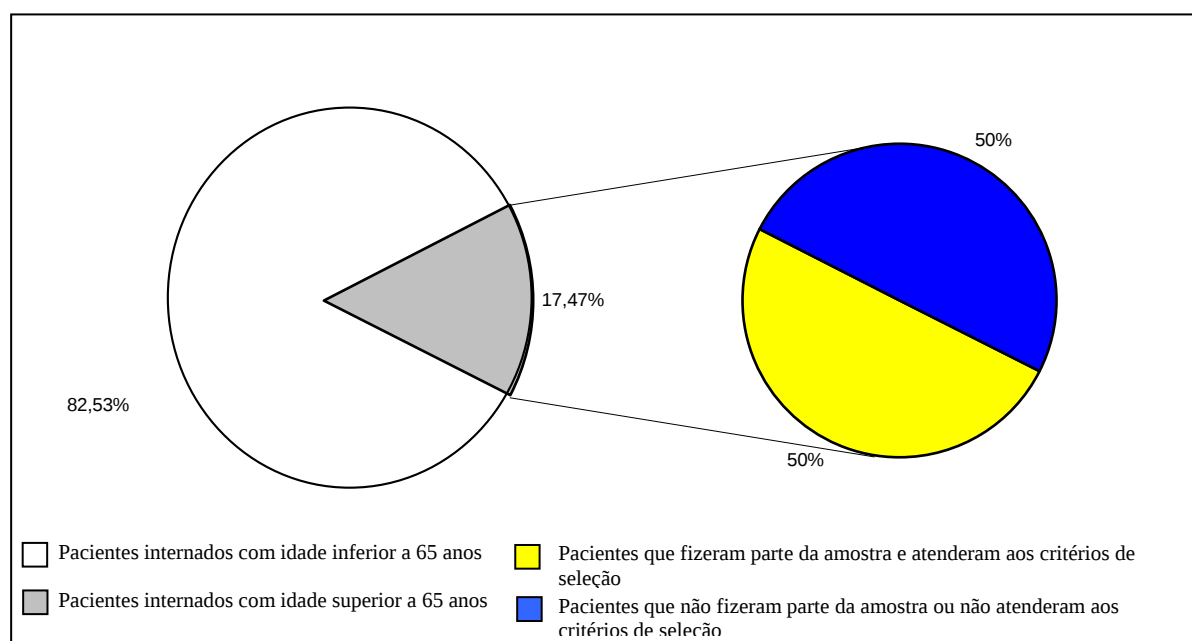
De acordo com a resolução nº 196/96, este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e, estando de acordo com a referida resolução, liberado para pesquisa em 21 de junho de 2002, conforme ofício anexo.

4. RESULTADOS

Nas enfermarias em questão (médica, cardiológica, gastroenterológica, hematológica, reumatológica e pneumológica), haviam internados 458 pacientes de todas as idades no período estudado, sendo destes, 80 (17,47%) na faixa etária de inclusão. Desse universo, foram selecionados aleatoriamente e visitados uma amostra de 59 pacientes, dos quais 40 foram a amostra efetivamente pesquisada. Essa amostra confere uma significância estatística com confiança de 95%.

Figura 1

Percentual de Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco



Os 40 internos estudados foram submetidos à entrevista estruturada (SCID-CV) pelo próprio autor da pesquisa, sendo que 16, ou 40% deles, apresentaram transtornos depressivos classificados pelo DSM - IV distribuídos da seguinte maneira. 25% (n = 04) preencheram critérios para transtorno depressivo recorrente, 18,75% (n =

03) para transtorno distímico e 56,25% (n = 09) para episódios depressivos únicos. Os demais não apresentaram sintomatologia compatível com transtornos depressivos.

A tabela 1 apresenta o perfil biodemográfico dos pacientes estudados através de uma distribuição conjunta entre o diagnóstico e as frequências absoluta e relativa de sexo, faixa etária, estado civil, cor da pele e procedência.

Tabela 1

TABELA 1 - PERFIL BIDEMOGRÁFICO DE PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO						
	Deprimidos		Não Deprimidos		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sexo						
Masculino	8	50,0%	12	50,0%	20	50,0%
Feminino	8	50,0%	12	50,0%	20	50,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
Faixa Etária						
65 -- 70	9	56,3%	8	33,3%	17	42,5%
70 -- 75	4	25,0%	8	33,3%	12	30,0%
75 -- 80	-	0,0%	5	20,8%	5	12,5%
80 -- 85	1	6,3%	3	12,5%	4	10,0%
85 -- 90	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
90 -- 95	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
Estado Civil						
Casado	10	62,5%	12	50,0%	22	55,0%
Solteiro	1	6,3%	1	4,2%	2	5,0%
Viúvo	3	18,8%	11	45,8%	14	35,0%
Separado	2	12,5%	-	0,0%	2	5,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
Cor da pele						
Branca	11	68,8%	18	75,0%	29	72,5%
Parda	4	25,0%	3	12,5%	7	17,5%
Negra	1	6,3%	3	12,5%	4	10,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
Procedência						
Grande Recife	7	43,8%	10	41,7%	17	42,5%
Interior	8	50,0%	14	58,3%	22	55,0%
Outros Estados	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%

Na distribuição por sexo, tanto os pacientes do sexo masculino quanto os do sexo feminino apresentaram igual freqüência para o diagnóstico de depressão. Desse modo, não se pode afirmar que a variável sexo influencia significativamente no diagnóstico de depressão.

Figura 2

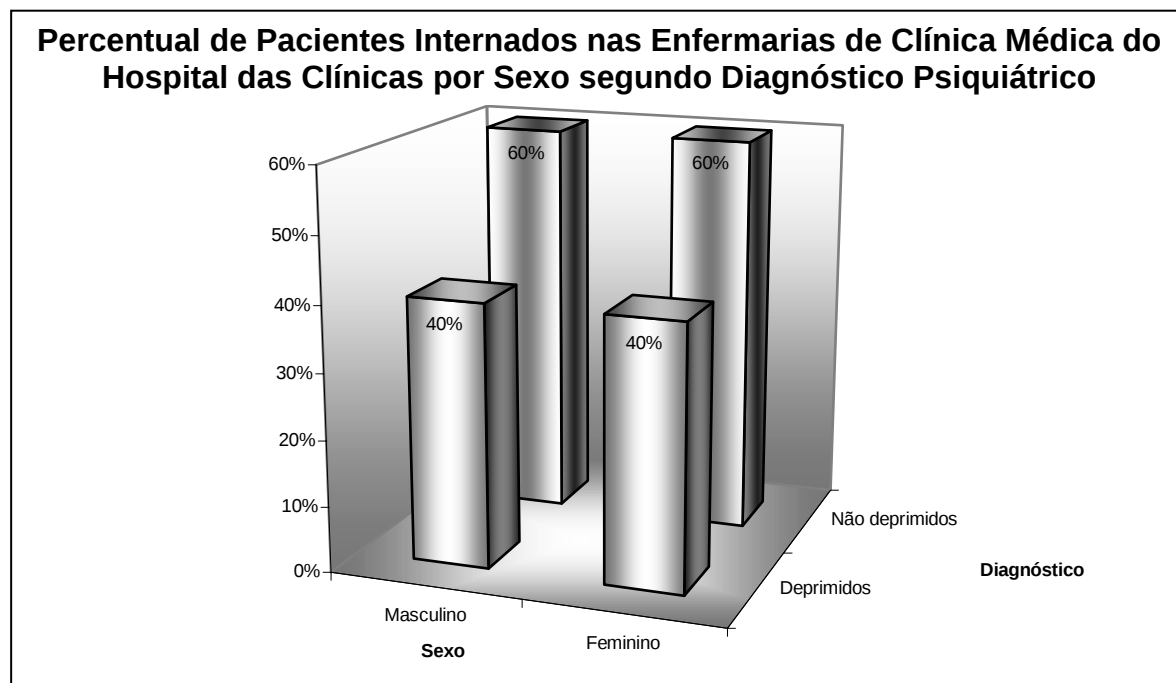


Figura 3

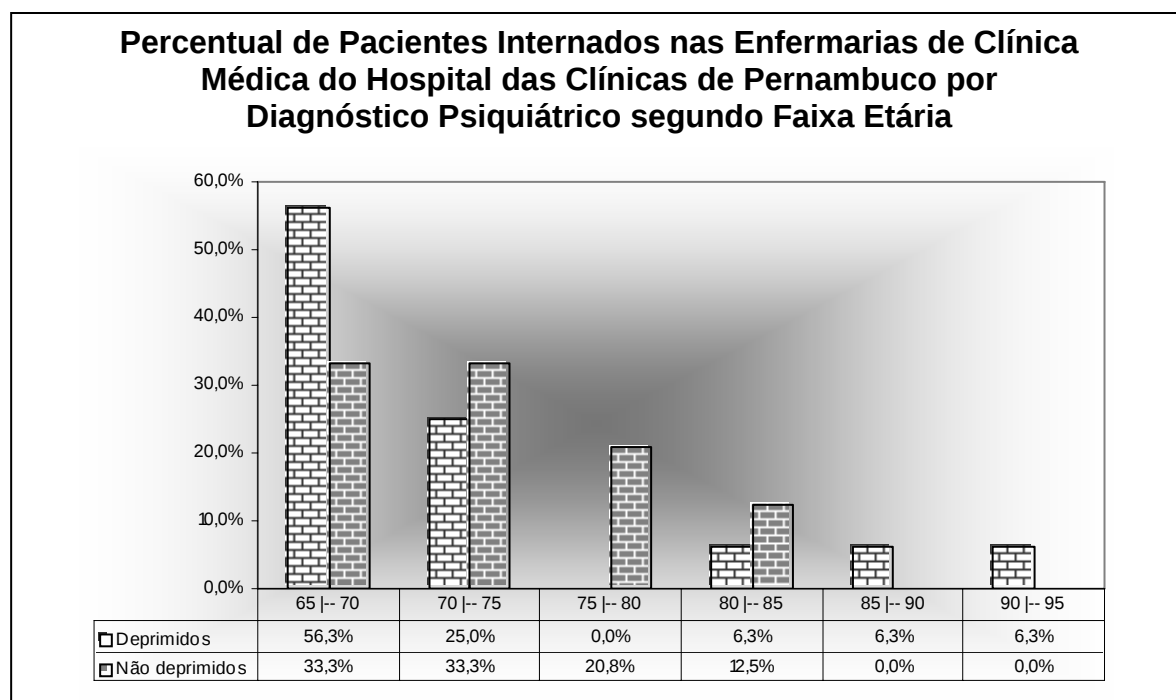
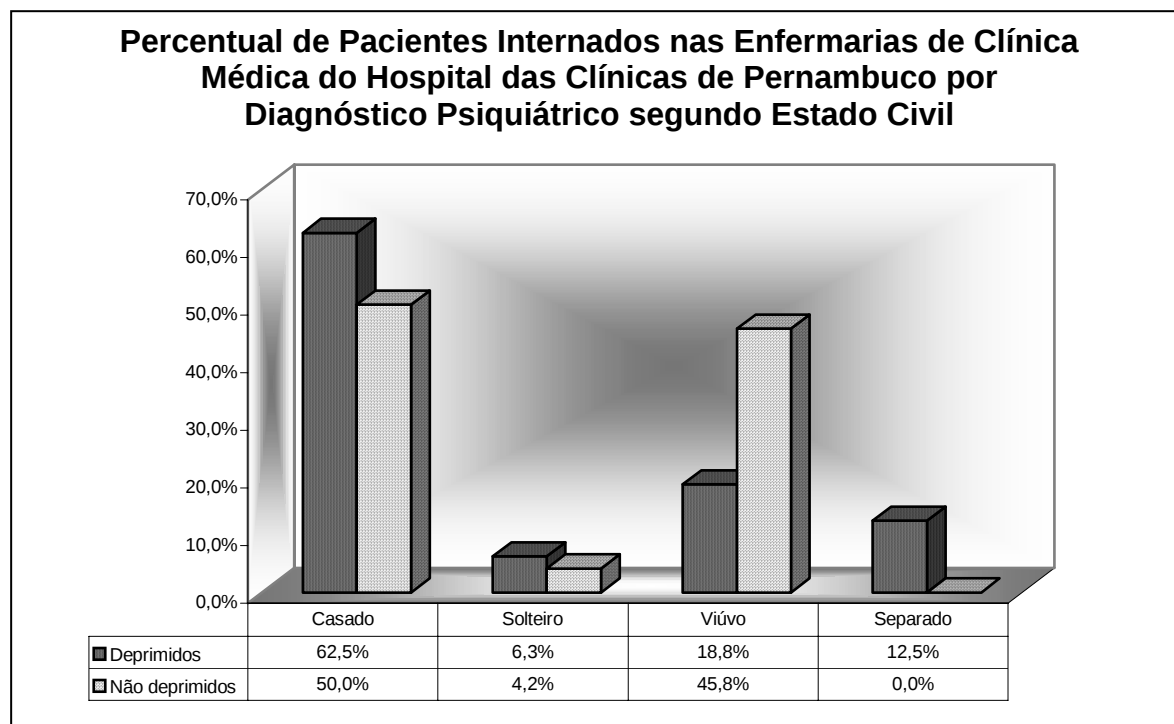


Figura 4



A amostra tem média de idade de 72 anos com desvio padrão 5,8. Quase $\frac{3}{4}$ do grupo de pacientes estudado (72,5%), apresentaram idade inferior a 75 anos. Entre os pacientes com diagnóstico de depressão, mais da metade encontra-se na faixa 65 |-- 70 anos.

No grupo etário 75 |-- 80 não foi identificado nenhum paciente com diagnóstico depressivo. Dos pacientes não deprimidos, os dois primeiros grupos etários (65 |-- 70 e 70 |-- 75) participaram com os mesmos percentuais - 33,3% cada. A razão de prevalência para pacientes deprimidos com idade entre 65 e 70 anos é de 1,74 para cada paciente não depressivo no mesmo grupo etário.

O Odds Ratio de 2,57, indica que há uma diferença significativa de riscos , porém pelo teste de Qui-quadrado de Yates a chance que essa diferença se dê ao acaso é maior que 26%, o que não é significativo.

Na figura 4, percebe-se que o maior percentual de pacientes deprimidos é de casados (62,5%), porém não se pode afirmar estatisticamente que esse estado civil esteja associado ao diagnóstico de depressão, conforme Qui quadrado de Yates, onde o $p > 0,05$.

A cor branca foi identificada na grande maioria dos entrevistados (figura 5), e a procedência (figura 6) foi de pacientes vindos do interior para ambos os diagnósticos, porém também não foram achados resultados estatisticamente significativos para estas variáveis.

Figura 5

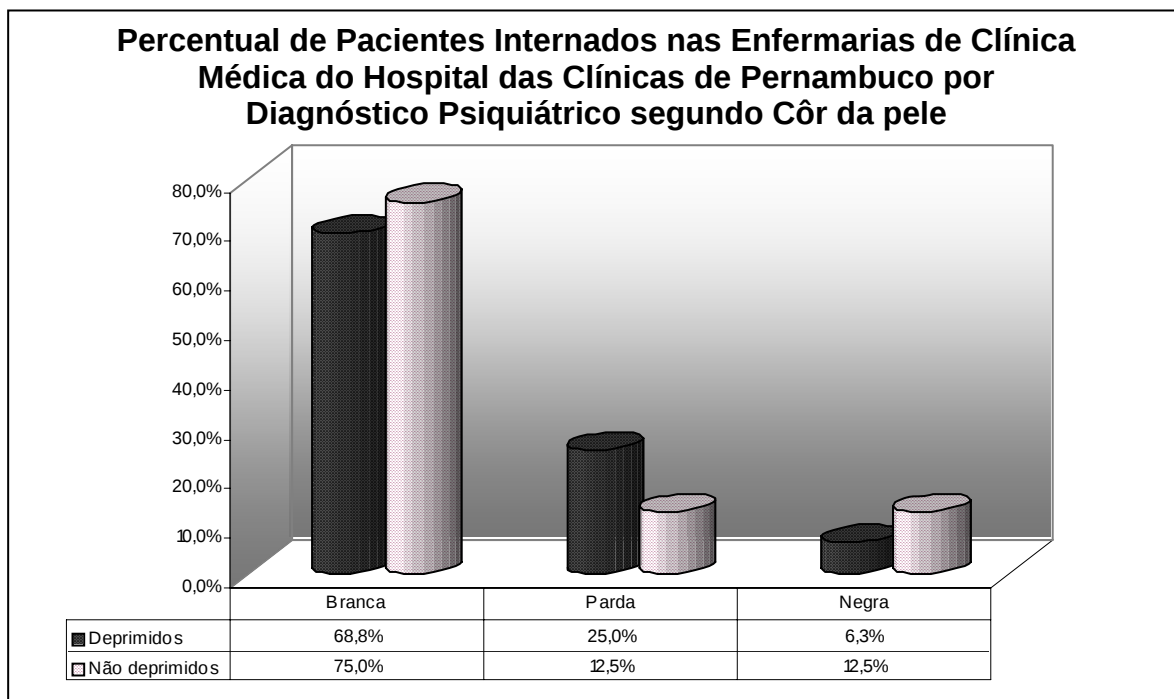
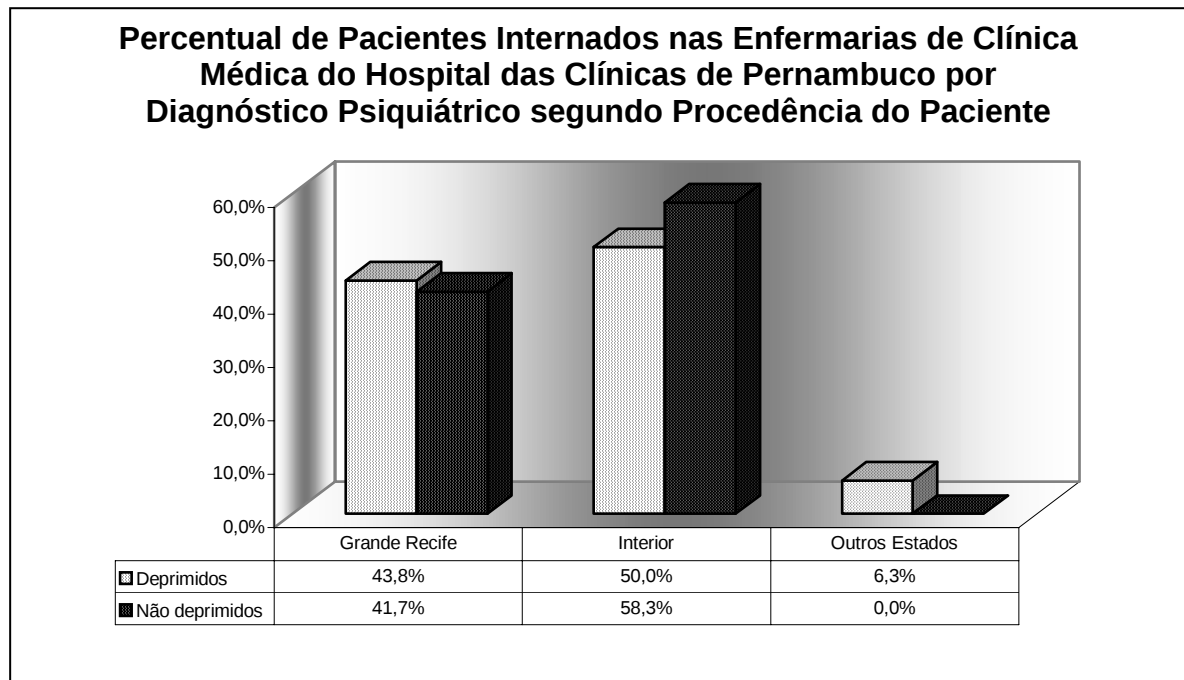
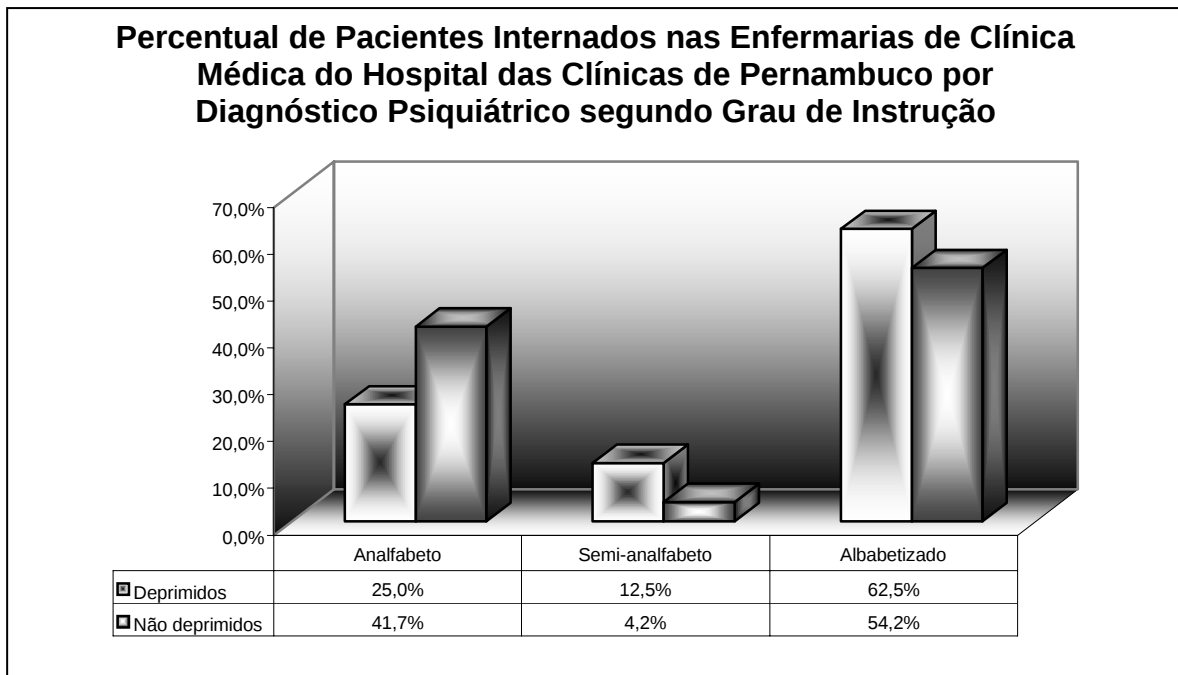


Figura 6



O grau de instrução dos entrevistados foi elementar, porém com destaque para os alfabetizados que corresponderam a 57,5% do total, seguido dos analfabetos (35%) e por fim dos semi-analfabetos (7,5%). Da mesma forma, tanto no grupo dos pacientes com diagnóstico de depressão, como nos não deprimidos se destaca o percentual de pacientes alfabetizados (62,5% e 54,2% respectivamente), conforme é possível observar na figura 7. A razão de prevalência dos alfabetizados deprimidos contra os não deprimidos é de 1,23:1, mas o teste de Qui-quadrado de Pearson indica que essa diferença não é significativa.

Figura 7



A tabela 2 apresenta o perfil clínico dos pacientes estudados através de uma distribuição conjunta entre o diagnóstico e antecedente psiquiátrico, número de internações em hospitais gerais anteriores, dependente de fumo ou álcool, a quantidade de doenças associadas, se houve óbito até seis meses depois da Internação, se a depressão foi diagnosticada na clínica médica.

Tabela 2

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO						
	Deprimidos		Não Deprimidos		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Antecedentes Psiquiátricos</i>						
Sim	10	62,5%	8	33,3%	18	45,0%
Não	6	37,5%	16	66,7%	22	55,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<i>Dependente de fumo/álcool</i>						
Sim	3	18,8%	1	4,2%	4	10,0%
Não	13	81,2%	23	93,8	36	90,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<i>Nº Internações Anteriores</i>						
Nenhuma	1	6,3%	6	25,0%	7	17,5%
01 vez	4	25,0%	4	16,7%	8	20,0%
02 vezes	3	18,8%	3	12,5%	6	15,0%
03 vezes	2	12,5%	3	12,5%	5	12,5%
Mais de 04 vezes	6	37,5%	8	33,3%	14	35,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<i>Quantidade de Doenças Associadas</i>						
01 doença	2	12,5%	13	54,2%	15	37,5%
02 doenças	7	43,8%	5	20,8%	12	30,0%
03 doenças	4	25,0%	4	16,7%	8	20,0%
04 ou mais	3	18,7%	2	8,3%	5	12,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<i>Óbito até 6 meses</i>						
Sim	4	25,0%	1	4,2%	5	12,5%
Não	12	75,0%	23	95,8%	35	87,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<i>Depressão diagnosticada por médico clínico</i>						
Sim	1	6,2%	-	-	1	2,5%
Não	15	93,8%	24	100,0%	39	97,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%

A tabela 3 mostra que a variável "antecedentes psiquiátricos" está associada ao diagnóstico de depressão, já que o OR (odds ratio ou razão de chance) é maior que 1. O teste de Qui-quadrado de Pearson indica que a associação não é estatisticamente significativa. Observa-se também que a prevalência entre os pacientes que apresentaram antecedentes psiquiátricos é de 2: 1.

Tabela 3
Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Antecedentes Psiquiátricos

Antecedentes Psiquiátricos	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	10	8	18	55,6
Não	6	16	22	27,3
Total	16	24	40	

OR = 3,33

Razão de Prevalência = $55,6/27,3 = 2,04$

$\chi^2 = 3,30$ p > 0,05

Tabela 4
Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Dependente de Fumo ou Bebida

Dependente de fumo/bebida	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	3	1	4	75,0
Não	13	23	36	36,1
Total	16	24	40	

Razão de Prevalência = $75/36,1 = 2,1$

OR = 5,31

$\chi^2 = 2,37$ p > 0,05

Na tabela 4 percebemos que a variável "dependentes de fumo ou bebida" está associada ao diagnóstico de depressão a partir da análise do OR (5,31), mas essa associação não apresenta significância estatística de acordo com o Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5

Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Quantidade de Internações em Hospitais Gerais Anteriores

Nº de Internações Anteriores	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
2 ou mais	11	14	25	44,0
Até 1 internação	5	10	15	33,3
Total	16	24	40	

OR = 1,57

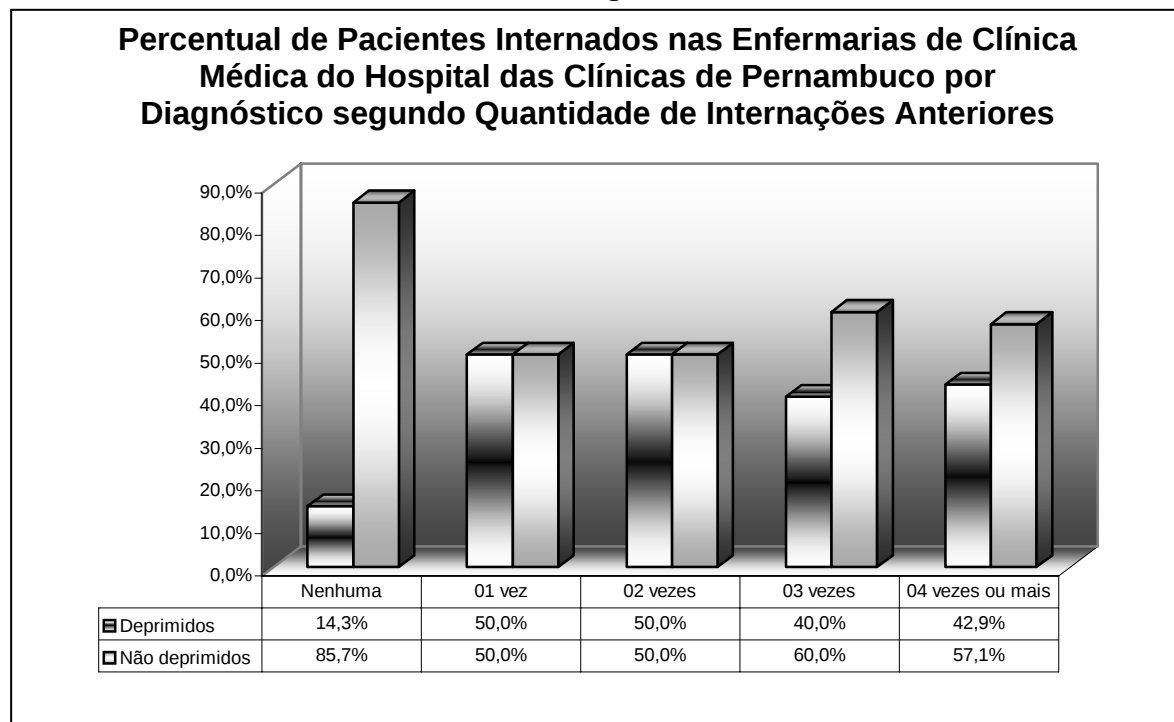
Razão de Prevalência = $44/33,3 = 1,32$

$\chi^2_{\text{Pearson}} = 0,44$ p = 0,504985

$\chi^2_{\text{Yates}} = 0,11$ p = 0,738882

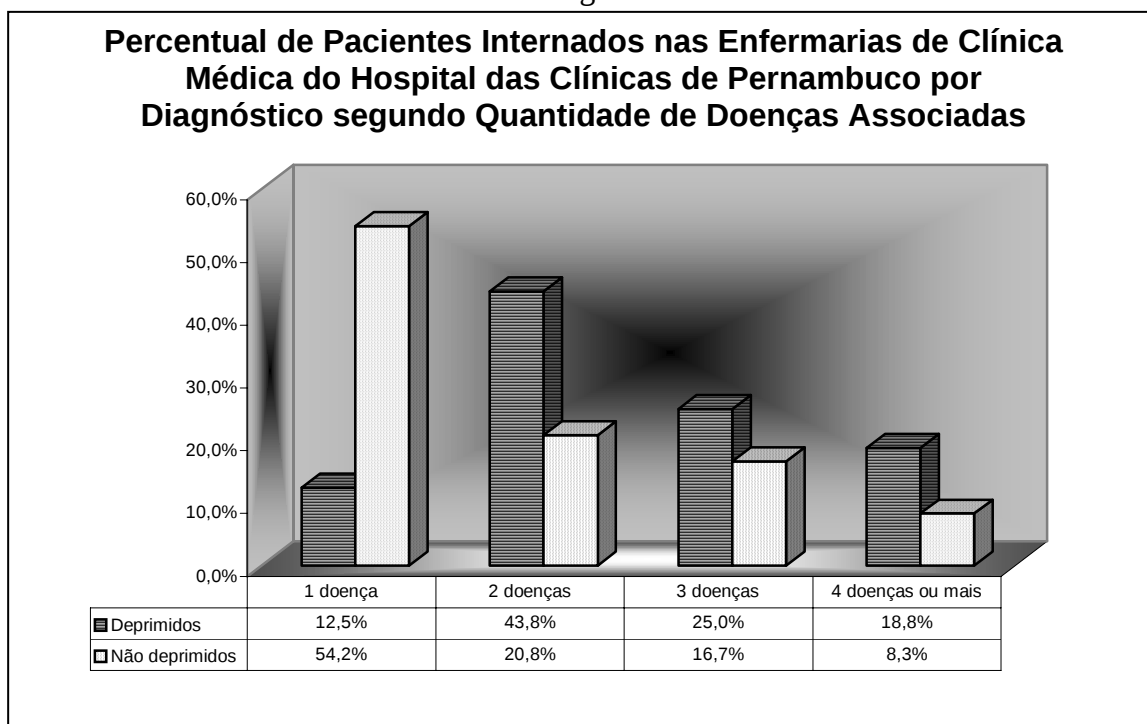
O que se percebe de acordo com a figura 8, é que há um maior prevalência de pacientes classificados como não deprimidos com relação à quantidade de internações em hospitais gerais anteriores, principalmente aqueles que nunca haviam sido internados.

Figura 8



Tentando verificar se há associação entre pacientes com diagnóstico de depressão e aqueles que foram internados mais de uma vez, percebemos através do cálculo do OR que há associação, porém muito fraca, já que o OR está muito próximo de 1 - o que indica não associação - da mesma forma que a razão de prevalência, que é de aproximadamente 1,3 pacientes deprimidos com 2 (duas) internações ou mais para cada paciente deprimido com até 1 (uma) internação, não demonstram diferença significativa entre as variáveis estudadas, o que é confirmado pelos testes de Qui-quadrado de Pearson e de Yates.

Figura 9



Percebe-se que, excetuando o grupo de pacientes que só apresentaram 1 (uma) doença associada onde a prevalência é maior para os de diagnóstico não depressivo, nos demais que apresentaram mais de uma doença a prevalência é sempre maior para os pacientes depressivos.

Tabela 6
**Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico
e Quantidade de Doenças Associadas**

Qtd Doenças Associadas	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Mais de 1 doença	14	11	25	56,0
1 doença	2	13	15	13,3
Total	16	24	40	

OR = 8,27 (1,30 < OR < 66,97)

Razão de Prevalência = 56/13,3 = 4,2

$\chi^2_{\text{Pearson}} = 7,11$ p < 0,05

$\chi^2_{\text{Yates}} = 5,44$ p < 0,05

Nos pacientes estudados, se percebe uma forte associação entre a depressão e a quantidade de doenças associadas como podemos perceber através do OR. Essa associação é confirmada pelos testes de Qui-quadrado tanto de Pearson quanto pelo de Yates, onde a probabilidade que essa associação se dê ao acaso é menor que 5% em ambos os casos. A prevalência entre as variáveis "Mais de 1 doença" e "Apenas 1 doença" entre os deprimidos é de 4:1.

Tabela 7

Óbito em até seis meses	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	4	1	5	80,0
Não	12	23	35	34,3
Total	16	24	40	

Teste exato de Fisher:

	monocaudal	p > 0,05
	bicaudal	p > 0,05

Diagnosticado por médico clínico	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	1	0	1	100
Não	15	24	39	38,5
Total	16	24	40	

Teste exato de Fisher:

	monocaudal	p > 0,05
	bicaudal	p > 0,05

Na tabela 8 percebemos que a prevalência de pacientes deprimidos diagnosticados pelo médico clínico é de 2,6 contra os diagnosticados por outras clínicas. O teste exato de Fisher monocausal e bicausal não apresenta significância estatística com $p > 5\%$.

Tabela 9
Distribuição dos Sintomas Relatados pelos Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco segundo Diagnóstico Psiquiátrico em Valores Absolutos e Relativos

Sintomas prevalentes	Deprimidos		Não deprimidos	
	Abs	%	Abs	%
Insônia	16	100,0	5	20,8
Tristeza	16	100,0	0	-
Agitação/ret. psicomotora	15	93,8	3	12,5
Desinteresse	15	93,8	0	-
Concentração diminuída	14	87,5	8	33,3
Indisposição	14	87,5	3	12,5
Inapetência	12	75,0	12	50,0
Sentimento de inutilidade	10	62,5	0	-
Idéias de morte	6	37,5	1	4,2
Total	16	100,0	24	100,0

Na tabela acima, temos um resumo dos sintomas relatados pelos pacientes entrevistados, onde verificamos que a totalidade dos que apresentaram quadro de depressão destacou insônia e tristeza como os sintomas mais importantes. Além desses dois, agitação, desinteresse, diminuição de concentração, indisposição e inapetência foram apontadas por 75% ou mais dos indivíduos deprimidos. Dentre os não deprimidos, se destaca o sintoma de inapetência, que pode estar associado ao quadro de debilidade orgânica, porém não se pode afirmar isso, pois que não é objeto do presente estudo.

Tabela 10
Teste de Screening para o instrumento MADRS

Medida de associação e intervalo de confiança de 90%

Sensibilidade	100,0%	80,6 – 100,0
Especificidade	95,8%	80,4 – 99,7
Valor Preditivo Positivo	94,1%	73,6 – 99,6
Valor Preditivo Negativo	100,0%	85,9 – 100,0

Conforme a testagem do modelo de *screening* para depressão, apesar da pequena amostra, obtivemos uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 95,8%, mostrando ser um bom recurso para o diagnóstico de depressão em idosos internados em enfermarias clínicas.

5. DISCUSSÃO

O objetivo principal do nosso estudo foi o de verificar a prevalência de depressão nos idosos internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas da UFPE. A frequência de depressão encontrada em nossa observação foi de 40%. Este resultado compara-se com a casuística encontrada na revisão bibliográfica realizada.

Vale salientar, antecipadamente, alguns aspectos referentes a um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa, no caso, o Mini-Exame Mental. SEABRA et al. (1990) levantaram dificuldades em se estabelecer o ponto de corte para o Mini-Exame Mental em nossa população. Baseados em dados de estudos anteriores que verificavam que raça e nível sócio-econômico afetaram os resultados do MMSE e que, de acordo com o nível de educação, há possibilidade de resultados falso-positivos. Se tomássemos a pontuação de 24 (dentro de um escore total de 30) como valor mínimo

normal para pacientes com menos de nove anos de educação, teríamos um contingente de aproximadamente 5% de falsos positivos para diagnóstico de demência.

Procurando minimizar a influência do fator educação, as questões mais difíceis para a nossa população menos escolarizada foram modificadas ou mesmo substituídas, tornando-a mais acessível ao nível de instrução mais elementar sem, no entanto, comprometer a qualidade deste recurso. Neste mesmo estudo, considera-se que a partir de um ponto de corte de 22 ou mais, os pacientes avaliados não preenchiam os critérios, na época pelo DSM-III-R para demência, portanto objeto de interesse em nosso estudo.

Visto isso, consideraremos, inicialmente, a prevalência de depressão em adultos internados em hospitais gerais. NASCIMENTO & NOAL (1992), estudando a população do Hospital Universitário Santa Maria no Rio Grande do Sul, encontraram prevalência de 30,5%. MORIMOTO et al. (1998), no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná em Londrina, encontraram uma prevalência de 37,12% para depressão maior nos adultos com idade média de 42 anos e muito próximo de nossa cidade, MORAES, em 1996, estudando a prevalência de depressão no Hospital Universitário Lauro Wanderley, encontrou uma taxa de 27,3%.

Apesar de utilizarem metodologias distintas, encontraram resultados aproximados que quando transportados para a realidade dos idosos não se mostram muito distantes. AMES & TUCKWELL (1994), por exemplo, encontraram em seus estudos com idosos internados em enfermarias de clínica médica uma prevalência de 27% para depressão.

BLACK (1999), colhendo dados de uma população de diabéticos na comunidade, encontrou uma prevalência de 31,1% de depressão maior. GERSON et al. (1995) num estudo multicêntrico entre serviços de emergência médica geral para idosos verificaram que aproximadamente 36% dos idosos atendidos apresentavam, no momento do exame, um quadro depressivo.

BENAZZI (2000), em um estudo utilizando instrumentos similares aos utilizados neste estudo (SCID - CV e MADRS), mas avaliando idosos (399 indivíduos) na comunidade de uma cidade italiana, durante 15 anos, encontrou alta prevalência de idosos, aproximadamente 53%.

CUNHA & COSTA, aqui no Brasil, em 1990, encontraram uma prevalência de apenas 8,9%, discordante com a maioria dos dados já relatados.

Contudo, os nossos resultados demonstram que a prevalência de depressão observada nos idosos do Hospital das Clínicas da UFPE, além de ser elevada, é comparável com as taxas obtidas em outros centros no Brasil e em outros países.

A coincidência de prevalência de depressão para ambos os sexos foi um resultado obtido ao acaso. Óbvio considerar que, não encontra respaldo na literatura atual que considera a tendência de depressão maior entre as mulheres, numa razão aproximada de pelo menos 2:1 (JANICAK et al.,1996). Os fatores que levam a essa tendência nem sempre são muito claros. Até o momento, nenhum estudo trouxe qualquer evidência sustentável de uma "depressão feminina", como SONNENBERG et

al (2000) afirmam. Único fator sustentável para esta evidência repousa na constatação de que as mulheres estão mais expostas a fatores de risco para depressão.

JANICAK et al. (1996), citando os trabalhos de KLERMAN & WEISMAN (p. 161) determinam uma elevação na incidência de transtornos depressivos maiores em grupos nascidos após a II Guerra Mundial e que havia um estreitamento no risco diferencial de manifestação da doença entre homens e mulheres devido a um aumento no risco de depressão entre homens jovens.

Apesar dos nossos dados indicarem que, após a realização dos testes de Qui-quadrado de Yates e de Pearson, não há diferença de riscos relativos para depressão para a faixa etária entre 65 e 70 anos, achamos curioso notar que o ODDS Ratio de 2,57 para essa faixa etária comparada as faixas mais idosas, faz supor que as modificações e necessidades de adaptação (coping strategies), quando da percepção do fenômeno envelhecimento, são mais difíceis de vivenciar nessa fase. Posteriormente, o indivíduo idoso passa a conviver melhor com as características e prováveis limitações da idade. Daí, a aparente redução da prevalência das faixas etárias acima de 70 anos, que só se elevam mediante a percepção de grave acometimento físico e proximidade da morte. Estas constatações precisam ser comprovadas cientificamente.

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico, como estado civil, religião, cor da pele, nível de instrução e procedência, não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nos grupos dos não deprimidos e dos deprimidos, sendo

impróprio, portanto, traçar qualquer correlação destas características populacionais com a prevalência observada.

Os antecedentes psiquiátricos, definidos como passado familiar ou pessoal de atendimentos psiquiátricos, internações hospitalares em clínicas especializadas ou uso de medicação específica foram estabelecidos neste estudo numa razão de 2:1, (com predomínio para o grupo de deprimidos) que por motivo de ser a amostra ainda insuficiente, mostrou-se estatisticamente não significativa. Contudo os dados, aliados a casuística constante na literatura, mostram que antecedentes psiquiátricos (especialmente história pregressa de depressão) são forte fatores de risco para novos episódios durante internação em hospital geral (KOENIG, 1997). CUNHA & COSTA (1990), por exemplo, observam que, pelo menos, um terço dos pacientes idosos deprimidos possuem antecedentes familiares de depressão. Em nosso caso, dos 16 diagnosticados de depressão, 55,6% apresentavam antecedentes pessoais e / ou familiares.

As variáveis presença de fumo ou bebida e internações anteriores demonstraram razões pouco acima de 1. Desta forma não se mostraram como fatores de risco para a depressão neste estudo.

Talvez o dado mais interessante deste estudo seja a constatação de que existe grande poder de associação entre o número de doenças clínicas e depressão. Comprovado também pelos testes de Qui-quadrado de Yates e de Pearson, a prevalência entre as variáveis "mais de uma doença" e "apenas uma doença" entre os deprimidos é de 4: 1.

É importante explicar que a constituição da variável "número de doenças" dependia tão somente da transcrição das listas de problemas feitas pelos clínicos nos respectivos prontuários.

Pode parecer um tanto arbitrário este tipo de procedimento e carente de padronização. No entanto, o objetivo desta observação não se fez existir pela simples caracterização quantitativa de condições clínicas, mas pelo entendimento de que mais de uma condição clínica existente nos fazem supor que ou tenhamos um paciente com quadro clínico mais grave ou a segunda condição presente corresponda a um estado clínico complicado.

A partir daí, a observação dos fatos verificados no estudo, encontram grande ressonância em outros estudos. PENNINX et al. (1996), estudando 3076 indivíduos, com idades entre 55 e 85 anos portadores de doenças crônicas, em seus achados concluíram que existe uma forte e linear associação entre o número de doenças crônicas e os sintomas de depressão e ansiedade. Isto indica que o desgaste psicológico nas pessoas idosas é mais aparente na presença de doenças clínicas. PATRICK et al. (2001), indicaram também que as inúmeras causas clínicas que produzem comprometimento funcional e dificultam a reabilitação induzem maiores taxas de morbidade e mortalidade associadas à depressão.

No período após seis meses de avaliação encontramos 4 óbitos entre os (16) pacientes deprimidos e apenas um óbito para os outros (24) pacientes não deprimidos, resultando numa ODDS Ratio de 2,33. Apesar de não ter sua significância estatística

comprovada pelos testes de Yates e de Fischer, a prevalência de óbitos tanto no grupo de deprimidos (25%) quanto nos não deprimidos (4,2%), pode ser comparada com outros estudos.

LESPÉRANCE et al. (2000), acompanhando uma população de 430 cardiopatas, encontrou ao final de um ano uma prevalência de 6,2% de óbitos no grupo de deprimidos e 2% nos não deprimidos, com uma ODDS Ratio de 3,25.

Realizando um seguimento maior, isto é, com aproximadamente 4 anos e meio, ROACH et al. (1998) encontraram uma surpreendente prevalência de óbitos de 42% num grupo de deprimidos hospitalizados. COVINSKY et al. (1999), comparando a mortalidade de idosos hospitalizados com doenças clínicas num período de 3 anos, encontraram uma mortalidade de 56% para o grupo de deprimidos enquanto que a mortalidade dos não deprimidos não passou de 40%.

ARFKEN et al. (1999), concluem que sexo masculino, grave estado clínico, depressão grave e importante comprometimento cognitivo são fatores de risco para mortalidade em um período de um ano.

Dos 16 pacientes diagnosticados com transtornos de humor, apenas um foi diagnosticado pelo clínico que o acompanhava (6,25% de diagnóstico pelo clínico). Mesmo tendo diagnosticado o único caso, o referido paciente não recebeu qualquer tipo de tratamento voltado para a depressão, sendo sequer visto durante sua internação pelo interconsultor, numa enfermaria, aliás, no mesmo andar, a poucos metros da enfermaria de psiquiatria.

Nossos resultados são menores que os dados de CUNHA & COSTA (1990), que encontraram uma taxa de diagnóstico de 16,6% para depressão.

BALESTRIERI et al. (2002), afirmam que os médicos generalistas pesquisados em seu estudo eram capazes de diagnosticar depressão em apenas 32,5% dos casos confirmados pelos instrumentos utilizados, contudo faziam diagnósticos de depressão em casos inexistentes de até 18%. Reconhecia pela parte dos clínicos estudados até algum interesse em investigar a existência de depressão, mas percebia a carência do aprimoramento técnico suficiente a um bom acompanhamento.

BOLAND et al. (1996), por outro lado, ressaltaram a existência de uma tendência ao diagnóstico excessivo de transtornos mentais pelos clínicos, diferente das colocações verificadas em outros estudos, levando a um número de até 40% de diagnósticos equivocados (não existentes). Concluíram que não apenas a capacitação dos clínicos, mas também a aproximação das equipes clínicas com a interconsulta psiquiátrica devem ser condutas constantes. KOENIG et al. (1997) também consideraram essa interação fraca, citando que a interconsulta só faz visitas a aproximadamente 13% dos casos onde deveriam estar presentes. Observações como esta são corroboradas por outros autores (SHAH et al., 2001; BENSON et al., 1998).

PENN et al. (1997) reforçaram a necessidade da atuação dos psiquiatras numa melhor qualificação dos clínicos acerca de como diagnosticar e tratar os transtornos depressivos e lembraram também a importância de tornar as classificações psiquiátricas, no tocante à sua nomenclatura, mais acessíveis aos generalistas.

De acordo com as respostas obtidas nas entrevistas dos pacientes, os sintomas mais prevalentes na amostra de idosos deprimidos de nosso estudo foram insônia (100%), tristeza (100%), agitação ou retardo psicomotor (93,8%), desinteresse (93,8%), concentração diminuída (87,5%) e indisposição (87,5%).

Tais dados se assemelham aos dados de outros estudos como, por exemplo, os de CUNHA & COSTA (1990) que apontaram também para desinteresse, insônia e tristeza como os sintomas mais prevalentes. Interessante notar como são baixas as referências de ideação de morte ou suicídio, sendo lembradas em 38,9% da amostra (no nosso caso são referidas em apenas 37,5% dos pacientes deprimidos).

Muito embora não tenha sido objetivo do estudo, vale salientar que dentre os 59 pacientes da amostra inicial, tivemos quatro indivíduos (6,78%) excluídos do estudo por recusa em submeter-se às entrevistas. MENON et al. (2000) observaram que, em seus estudos, a taxa de recusa em submeter-se ao estudo (neste caso de 29,1%) estava intimamente associada à presença de sintomas depressivos no idoso que tem dificuldades em relatar seus sentimentos, fato que também é considerado por HENDERSON et al. (1998).

É nesse contexto que algumas escalas de auto-avaliação não se mostram bastante adequadas para estudos em populações de idosos, como criticaram DUBERSTEIN et al. (1999), recomendando a utilização de escalas clínicas realizadas por profissionais treinados.

Nosso estudo, pelos motivos já descritos anteriormente, utilizou a escala de Montgomery - Asberg para depressão (MADRS), apresentando uma sensibilidade de 100% e especificidade de 95,8%, consideradas elevadas e, portanto, adequadas para utilização como instrumento de "*screening*" para depressão em idosos internados nas enfermarias de clínica médica.

Esses resultados são melhores, inclusive, que os obtidos com a "*Short*" GDS (Geriatric Depression Scale), um instrumento especialmente desenvolvido para a detecção de depressão em idosos (POUGET et al., 2000; SHAH & DE, 1998; FLAHERTY et al., 1998). KATONA & LIVINGSTON (2000) citaram que a referida escala apresenta sensibilidade de 97% e especificidade de apenas 85%. A tentativa de reduzir-se esta escala para uma com apenas 5 itens, ainda assim não conseguiu melhorar seu desempenho, mostrando sensibilidade de 90% e especificidade de 84%. WEATHERALL (2000) também criticou a escala GDS, considerando-a bastante "inespecífica".

Não se pode negar que a realização dos dois instrumentos (SCID-CV e MADRS) por um mesmo examinador reduz significativamente sua confiabilidade, sendo necessário, portanto que os achados do estudo sejam comprovados de forma concorrente em outros estudos com examinadores distintos, evitando o viés do observador.

Em 1996, no Simpósio Internacional sobre Depressão (São Paulo, 15 a 17 de Junho), manifestou-se o consenso do uso de escalas de "*screening*" para a depressão na prática médica geral, não propriamente para o diagnóstico, mas para auxiliar na

detecção de casos (MORAES, 1996). Esta tendência não está restrita localmente, sendo um fenômeno difundido em vários países (KATON, 1996; KURLOWICZ et al., 1997).

Em conclusão, consideramos necessária a aproximação dos profissionais de psiquiatria e psicologia, como recomenda MORAES et al. (1985) das enfermarias e das equipes clínicas ou até mesmo da formação de uma equipe de saúde mental, multidisciplinar que seja capaz de dirigir ações individuais ou desenvolver estratégias no sentido de empreender programas de prevenção de danos relativos à ocorrência de depressão em enfermarias clínicas. Tais programas já têm sido implantados em outros países, com o exemplo do ENRICHD (Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease), um programa multicêntrico nos Estados Unidos e que tem sido plenamente eficaz em reduzir os custos e os prejuízos da depressão (BERKMAN et al, 2001).

A situação de internação deve ser compreendida como forte elemento de estresse psicossocial, acarretando uma série de circunstâncias como perda transitória de função, limitação física, restrição à liberdade de ir e vir, afastamento do seu habitat, restrição de seu círculo de convivência, além das peculiaridades referentes à rotina de um hospital, o enfrentamento da doença, sua gravidade e da possibilidade de morte. No idoso, estas condições ganham magnitude, proporcionando maior chance de repercussões emocionais. A depressão, então, não pode ser negligenciada.

Torna-se necessário sensibilizar o profissional que atue dentro de uma enfermaria em um hospital geral, seja com idosos, adultos ou até mesmo crianças, da tão falada "indissociável" interface mente-corpo. Atuar dentro desta concepção permite-

nos ampliar a qualidade da atenção prestada ao paciente, estimulando a capacidade de desenvolver ações terapêuticas eficazes, propiciando melhor qualidade de vida e transformando a permanência durante a internação em um momento menos doloroso.

REYNOLDS III et al. (1998), defenderam a instituição de uma intensa combinação de intervenções psicossociais, e psicofarmacológicas padronizadas como forma de eliminar a grande variabilidade de resposta aos tratamentos, assim como reduzir o tempo de internação, resultando em melhora do prognóstico destes pacientes.

BEAUSANG & SYIED (1998), conscientes da mesma orientação, afirmaram que algumas atitudes como intervenções psicossociais, incluindo medidas educativas, técnicas de psicoterapia (cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, suportiva, interpretativa, catártica, etc), aconselhamento e manejo do estresse poderiam ser adotadas como rotinas dentro das enfermarias e que para maximizar a relação custo-benefício destas intervenções psicossociais, os pacientes de "alto risco" deveriam ser os alvos principais destas ações, sendo necessário para tanto, o prévio diagnóstico de maior vulnerabilidade, através de instrumentos de "*screening*".

Baseado em dados de seus estudos, que estabeleceram que pelo menos 52% dos idosos internados evoluem com depressão e diminuição da capacidade funcional e permanecem deprimidos por até seis meses após a alta, KOENIG & GEORGE (1998) aconselham que estes pacientes de risco devam ser acompanhados ambulatorialmente, sob este tipo de atenção, por pelo menos seis meses.

HOPWOOD & STEPHENS (2000) consideraram que, mesmo nos casos mais graves e aparentemente inviáveis assim como nos pacientes portadores de cânceres terminais, o tratamento da depressão pode melhorar o padrão de sono, apetite, concentração, interesse, trazendo mais satisfação e interesse em colaborar com o tratamento clínico.

Programas e condutas em saúde mental, ao contrário do que parecem ser, não se constituem como medidas dispendiosas ou complicadas. DRUSS et al. (1999) indicaram, por exemplo, que, em seus estudos, os custos gerais de saúde mental representavam apenas 0,4% dos gastos totais em grupos de pacientes com baixos índices de sintomas depressivos e que naqueles casos mais graves esses custos não ultrapassavam mais do que 1,8%, demonstrando que a relação custo-benefício é extremamente vantajosa.

Nosso estudo, no entanto, reserva algumas limitações quanto ao poder de seus resultados como evidência científica. Certamente poderíamos associar a depressão a outras variáveis estudadas caso pudéssemos analisar uma população maior. Em função do limite de tempo também, tivemos que nos restringir à população já documentada. De qualquer maneira, serve como estímulo para estudos futuros a comprovação da influência das variáveis utilizadas em novos estudos utilizando uma amostra maior.

PARTE III

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

6.1 CONCLUSÕES

1. A frequência de depressão (prevalência-ponto), nos idosos internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas da UFPE no período da pesquisa (22 /07/2002 a 22/11/2002) foi de 40%, considerada alta.

2. De acordo com os critério diagnósticos do DSM - IV, utilizando o instrumento SCID - CV, dos 40 pacientes examinados, 16 foram diagnosticados como apresentando durante a internação algum transtorno de humor. Destes mesmos pacientes: 03 (16, 25%) preencheram critérios para um transtorno depressivo recorrente, 04 (18,75%) preencheram critérios para um transtorno distímico, enquanto que os 09 (56,25%) restantes apresentaram um primeiro episódio depressivo.

3. Não houve, dentro desta amostra, qualquer diferença relativa à frequência de depressão por sexo: oito pacientes masculinos receberam o diagnóstico de depressão e o mesmo ocorreu ao sexo feminino.

4. Houve associação entre a frequência de depressão e a gravidade do estado de saúde física da população estudada, medida pelo número de doenças existente. A prevalência entre as variáveis "mais de uma doença" e "apenas uma doença" entre os deprimidos é de uma razão de 4: 1.

5. Dos 16 casos de depressão diagnosticados pelo SCID-CV, apenas um teve seu diagnóstico confirmado pelo clínico não-psiquiatra (6,25%).

6. Os sintomas mais frequentes no perfil sintomatológico da população deprimida foram insônia (100%), tristeza (100%), agitação / retardo psicomotor

(93,8%), desinteresse (93,8%), concentração diminuída (87,5%) indisposição (87,5%) inapetência (75%) sentimentos de inutilidade (62,5%) e idéias de morte (37,5%).

7. A escala de avaliação para a depressão de Montgomery - Asberg mostrou-se instrumento de "*screening*" bastante útil, obtendo elevados índices de sensibilidade e especificidade, 100% e 95,8%, respectivamente.

6.2. RECOMENDAÇÕES FINAIS

1- A maior conscientização da existência da depressão nas enfermarias de hospitais gerais, sejam de qualquer natureza (clínica, cirúrgica, entre outros) assim como de suas conseqüências clínicas.

2. A adoção da escala de avaliação de depressão de Montgomery -Asberg como instrumento de "*screening*" permanente para diagnóstico prévio de casos possíveis em idosos, podendo ser estendido aos adultos jovens.

3. A criação de programas especiais de atenção aos transtornos de humor nas enfermarias de clínica médica.

4. A aproximação das equipes de clínica médica da interconsulta psiquiátrica, implementando uma maior integração no sentido de melhor acompanhamento de casos, assim como na promoção de práticas pedagógicas, no sentido de uma maior capacitação dos internistas acerca de um diagnóstico mais apurado e instituição de condutas imediatas relativas à depressão.

5. A ampliação das pesquisas sobre prevalência de depressão em idosos, tanto nas enfermarias quanto nos ambulatórios, seja do Hospital das Clínicas ou de qualquer hospital, que proporcione atendimento a este tipo de clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMES, D.; TUCKWELL, V. Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. *Med J Aust*; v. 160, nº 11, pp. 671-675. 1994.
- ARFKEN, C.L.; LICHTENBERG, P.A.; TANCER, M.E. Cognitive impairment and depression predict mortality in medically ill older adults. *J Gerontology*; v. 54 A, nº 3, pp. M152-M156. 1999.
- AYDIN, I.O.; ULUSAHIN, A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients applicability of GHQ - 12. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 23, pp. 77-83.2001.
- BALESTRIERI, M.; BISOFFI, G.; TANSELLA, M.; MARTUCCI, D.P. Identification of depression by medical and surgical general hospital physicians. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 24, pp. 4-11. 2002.
- BEAUSANG, P.; SYIED, R. Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a scottish district general hospital. *Scot Med J*; v. 43, nº 6, pp. 177-180. 1998.
- BECK, D.A.; KOENIG, H.G.; BECK, L.S. Depression. *Clin Geriatr Med*; v. 14, nº 4, pp. 765-786. Nov 1998.
- BENAZZI, F. Late-life chronic depression: a 399-case study in private practice. *Int J Geriatr Psychiatry*; v. 15, nº 1, pp. 1-6. 2000.
- BENSEÑOR, I.M.; PEREIRA, A.C.; TANNURI, A.C.; VALERI, C.M.; AKASHI, D.; FUCCILOLO, D.Q.; ISSA, F.K.; LOBATO, M.L.; TITAN, S.M.O.; GALVÃO, T.G.; LOTUFO, P.A. Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arq Neuropsiquiatr*; v. 56, nº 3-A, pp. 406-411. 1998.
- BERKMAN, L.; JAFFE, A.; CARNEY, R.; CZAJKOWSKY, S.; KAUFMAN, P. Enhancing recovery in coronary heart disease (ENRICHD) study intervention: Rationale and design. *Psychosom Med*; v. 63, nº 5, pp. 747-755. Set / Out 2001.
- BLACK S.A. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic mexican americans: Results from the hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly survey. *Diabetes Care*; v. 22, nº 1, pp. 56-64. Jan 1999.
- BOLAND, R. J.; DIAZ, S.; LAMDAN, R.M.; RAMCHANDANI, D.; MCCARTNEY, J.R. Overdiagnosis of depression in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 18, nº 1, pp. 28-35. Jan 1996.
- BONAMIGO, D.R.; JURUENA, M.F. O impacto da depressão na coronariopatia. *Rev Pesq Med*; v. 32, nº 2, pp. 14-18. 1998.

BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA IR, C.; PEREIRA, W.A.B. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública; v. 29, nº 5, pp. 355-363. 1995.

BÜLA, C.J.; WIETLISBACH, V.; BURNAND, B.; YERSIN, B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. Arch Intern Med; v. 16, nº 21, pp. 2609-2615 26 Nov 2001.

BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. Psiquiatria Geriátrica. 2a Ed. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1999. Trad. Maria Rita Hofmeister e Dayse Batista.

CALIL, M.H. Comprehensive psychopathological rating scale (CPRS e a escala de avaliação da depressão de Montgomery & Asberg (MADRS). In: Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos. Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 1989. Pp. 8391.

CALLAHAN, C.M.; KESTERSON, J.G.; TIERNEY, W.M. Association of symptoms of depression with diagnostic test charges among older adults. Ann Intern Med; v. 126, nº 6, pp. 426-432. 15 Mar 1997.

CARSON, A.J.; MACHALE, S.; ALLEN, K.; LAWRIE, S.M.; DENNIS, M.; HOUSE, A.; SHARPE, M. The Lancet; v. 356, pp. 122-126. 8 Jul 2000.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 1a Ed. São Paulo. Editora Atheneu. 1994.

CARVALHO, T.F.R.; SOUGEY, E.B. Psiconeuroendocrinologia dos Distúrbios Depressivos: Eixo Hipotálamo-hipófise-tireóide. J Bras Psiquiatria; v. 43, nº 7. pp. 377-381. 1994.

CAVANAUGH, S.A.; FURLANETTO, LIAM.; CREECH, S.D.; POWELL, L.H. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. Am J Psychiatry; v. 158, nº 1, pp. 43-48. Jan 2001.

CLARK, D.A.; COOK, A.; SNOW, D. Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. J Abnormal Psychol; v. 107, nº 1, pp. 38-48. Fev 1998.

CORREIA, A.C.O. Depressão e Poliquêixas no Idoso. J Bras Psiquiatria; v. 46, nº 1. pp. 13-16. 1997.

COVINSKY, K.E.; FORTINSKY, R.H.; PALMER, R.M.; KRESEVIC, D.M.; SETH, L.C. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. Ann Intern Med; V. 126, nº 6, pp. 417-426. 15 Mar 1997.

COVINSKY, K.E.; KAHANA, E.; CHIN, M.H.; PALMER, R.M.; FORTINSKY, R.H.; LANDEFELD, C.S. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. Ann Intern Med; v. 130, nº 7, pp. 563-569. Abr 1999.

COYNE, L.C.; FECHNER-BATES, S.; SCHWENK, T.L. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 16, pp. 267-276. 1994.

CUNHA, U.G.V.; COSTA, I.L. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. *Arq Bras Med*; supl, v. 64, nº 4, pp. 239-242. Jul / Ago 1990.

CUNHA, U.G.V. Diagnóstico e tratamento da depressão no paciente de risco - idoso e cardiopata. *J Bras Psiquiatria*; v. 42, supl 1, pp. 33S-37S. 1993.

DEL-BEM, C.M.; RODRIGUES, C.R.C.; ZUARDI, A.W. Reliability of the portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Br J Med Biol Research*; v. 29, nº 12, pp. 1675-1682. 1996.

DEL-BEM, C.M.; VILELA, J.A.A.; CRIPPA, J.A.S.; HALLAK, J.E.C.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr*; v. 23, nº 3, pp. 156-159. 2001.

DEL-BEM, C.M.; ZUARDI, A.W.; RODRIGUES, C.R.C. Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico levantado sob supervisão e do diagnóstico obtido através da "entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R"(SCID). *Rev ABP-APAL*; v. 20, nº 4, pp. 140-145. 1998.

DIMATTEO, M.R.; LEPPER, H.S.; CROGHAN, T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*; v. 160, nº 14, pp. 2101-2107. 24 Jul 2000.

DRATCU, L.; RIBEIRO, L.C.; CALIL, H.M. Escalas de avaliação da depressão e sua utilidade clínica: Hamilton. Montgomery. Asberg e visual análoga do humor. *Rev da Assoc Bras de Psiquiatria*. V.7. p. 59-65. 1985

DRUSS, B.G.; ROHRBAUGH, R.M.; ROSENHECK, R.A. Depressive Symptoms and Health Costs in Older Medical Patients. *Am J Psychiatry*; v. 156, nº 3.: pp. 477-479. Mar 1999.

DUBERSTEIN, P.R.; CONWELL, Y.; SEIDLITZ, L.; LYNESS, I.M.; COX, C.; CAINE, E.D. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*; v. 7, nº 4, pp. 289-296. 1999.

EVANS, M.; HAMMOND, M.; WILSON, K.; LYE, M.; COPELAND, I. Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. *Int J Geriatr Psychiatry*; v. 12, nº 12, pp. 1189-1194. 1997.

EVERSON, S.A.; ROBERTS, R.E.; GOLDBERG, D.E.; KAPLAN G.A. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29year period. *Arch Intern Med*; v. 158, pp. 1133-1138. 25 Maio 1998.

FLAHERTY, L.H.; McBRIDE, M.; MARZOUK, S.; MILLER, D.K.; CHIEN, N.; HANCHETT, M.; LEANDER, S.; KAISER, F.E.; MORLEY, L.E. Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. *J Am Geriatr Soc*; v. 46, nº 1, pp. 31-38. 1998.

FORD, D.E.; MEAD, L.A.; CHANG, P.P.; COOPER-PATRICK, L.; WANG, N.; KLAG, M.I. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men. *Arch Intern Med*; v. 158, pp. 1422-1426. 13 Jul 1998.

FULOP, G.; STRAIN, J.J.; VITA, J.; LYONS, L.S.; HAMMER, L.S. Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of the Hospital Stay for Medical/Surgical Patients: A Preliminary report. *Am J Psychiatry*; v. 144, nº 7. pp. 878-882. Jul 1987.

FURLANETTO, L.M.; CAVANAUGH, S.A.; BUENO, L.R.; CREECH, S.D.; POWELL, L.H. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics*; v. 41, nº 5, pp. 426-432. 2000.

GALLO, J.J.; RABBINS, P.V. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*; v. 60, nº 3, pp- 820-826. 1 Set 1999.

GARCIA, C.; LOYOLA, J.; ARMSTRONG, T. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Militar de Santiago. *Rev Med Chile*; v. 124, nº 4, pp. 431-436. 1996.

GERSON, L A ; ROUSSEAU, E.A.; HOGAN, P.M. et al. Multicenter study of case finding in elderly emergency department patients. *Acad Emergency Medical*; v. 2, nº 8, pp. 729-734. 1995.

GUIDI, L.; TRICERRI, A.; FRASCA, D.; VANGELI, M.; ERRANI, A.R.; BARTOLONI, C. Psychoneuroimmunology and aging. *Gerontology*; v. 44, nº 5, pp. 247-261. 1998.

GUIMARÃES, R.M.; FREIRE NETO, J.B.; COSTA E SILVA, E.A.; SILVA, E.A.; MOURA, E.B. Depressão: A Morbidade Oculta em Pacientes Idosos Cirúrgicos. *Brasília Médica*; v. 34, nº 1/2.. pp. 5-14. 1997.

HAMMOND, M.F. Rating depression severity in the elderly physically ill patient: reliability and factor structure of the Hamilton and the Montgomery - Asberg depression rating scales. *Int J Geriatr Psychiatry*; v. 13, nº 4, pp. 257-261. 1998.

HANCE, M.; CARNEY, R.M.; FREEDLAND, K.E.; SKALA, J. Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 18, nº 1, pp. 61-65. Jan 1996.

HECKLER, M.; WEINGARTNER, R.; MOREIRA, L.S.; PREZZI, S.; TOMBINI, N. Prevalência de depressão maior em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Pneumol*; v. 25, nº 5, pp. 231-236. Set /Out 1997.

HENDERSON, A.S.; JORM, A.F.; KORTEN, A.E.; JACOMB, P.; CHRISTENSEN, H.; RODGERS, I.J. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychol Med*; v. 28, nº 6, pp. 1321-1328. Nov 1998.

HOPWOOD, P.; STEPHENS, R.L. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncology*; v. 18, nº 4, pp 893-903. Fev 2000.

HOSAKA, T.; AOKI, T.; WATANABE, T.; OKUYAMA, T.; KUROSAWA, H. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*; v. 53, nº 4, pp. 491-495. Ago 1999.

INGOLD, B.B.; YERSIN, B.; WIETLISBACH, V.; BURCKHARDT, P.; BUMAND B.; BÜLA C.L. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging (Milano)*; v. 12, nº 6, pp. 430-438. Dez 2000.

JANICAK, P.G.; DAVIS, I.M.; PRESKORN, S.H.; AYD IR, F.J. Princípios e Práticas em Psicofarmacoterapia. 1ª Ed. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. 1996. Supervisão de Marco A. Marcolin.

KAPCZINSKI, F.; MINTEGUI, M.A.; BRONDANI, R.; CHAVES, M.L.F. Mild depression levels alter self perceptions of future but not the recall of verbal information in elderly inpatients. *Br J Med Bio Research*; v. 29, n 2, pp. 259-265. 1996.

KAPLAN, HÁ.; SADOCK, B.J. Tratado de Psiquiatria. V. 03. 6ª Ed. Porto Alegre. ARTMED Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1999. Trad. Andrea Callefi et al.

KATONA, C.; LIVINGSTON, G. Impact of screening old people with physical illness for depression? *The Lancet*; v. 356, pp. 91-92. 8 Jul 2000.

KATON, foi. The impact of major depression on chronic medical illness (editorial comment). *Gen Hosp Psychiatry*; v. 18, nº 4, pp. 215-219. Jul 1996.

KELLERMAN, M.; FEKETE, L; GESZTELYI, R.; CSIBA, I.; KOLLÁR, J.; SIKULA, J.; BERECKZI, D. Screening for depressive symptoms in acute phase of stroke. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 21, pp. 116-121. 1999.

KIMMEL, P.L.; PETERSON, R.A.; WEIHS, K.L.; SIMMENS, S.J.; ALLEYNE, S.; CRUZ, L; VEIS, L.H. Multiple measurement of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int*; v. 57, nº 5, pp. 1093-2098. Maio 2000.

KOENIG H.G. Differences in psychosocial and health correlates of major and minor depression in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc*; v. 45, nº 12, pp. 1485-1495. 1997.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L. K.; LARSON, D.B.; McCULLOUGH, M.E.; BRANCH, P.S.; KUCHIBHATLA, M. Depressive symptoms and nine-year survival of 1,001 male veterans hospitalized with medical illness. *Am J Geriatr Psychiatry*; v. 7, nº 2, pp. 124-131. 1999.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L. K.; MEADOR, K.G. Use of Antidepressants by Nonpsychiatrists in the Treatment of Medically Ill Hospitalized Depressed Elderly Patients. Am J Psychiatry; v. 154, nº 10. pp. 1369-1375. Out 1997.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K.; PETERSON, B.L.; PIEPER, C.F. Depression in Medically Ill Hospitalized Older Adults: Prevalence, Characteristics, and Course of Symptoms According to Six Diagnostic Schemes. Am J Psychiatry; v. 154, nº 10. pp. 1376-1383. Out 1997.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K. Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults. Am J Geriatr Psychiatry; v. 6, nº 3, pp. 230-247. 1998.

KOENIG, H.G.; KUCHIBHATLA, M. Use of Health Services by Hospitalized Medically Ill Depressed Elderly Patients. Am J Psychiatry; v. 155, nº 7. pp. 871-877. Jul 1998.

KOENIG, H.G.; PAPPAS, P.; HOLSINGER, T.; BACHAR, IR. Assessing diagnostic approaches to depression in medically ill older adults: How reliable can mental health professionals make judgements about the cause of symptoms? J Am Geriatr Soc; v. 43, nº 5, pp. 472-478. 1995.

KURLOWICZ, L.H.; STREIM, J.E. Measuring depression in hospitalized, medically ill, older adults. Arch Psychiatr Nursing; v. 12, nº 4, pp. 209-218. Ago 1998.

KURLOWICZ, L.H.; NICHE Faculty. Nursing standard of practice protocol: Depression in the elderly patients. Geriatric Nursing; v. 18, nº 5, pp. 192-199. Set / Out 1997.

LADWIG, K.H.; ROLL, G.; BREITHARDT, G.; BUDDE, T.; BORGGREFE, M. Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. The Lancet; v. 343, pp. 20-22. 1 Jan 1994.

LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS IR, R.; MIGUEL, E.C. **Depressão no ciclo da vida**. 1a Ed. Porto Alegre. ARTMED Editora. 2001.

LAZARO, L.; MARCOS, T.; VALDES, M. Affective disorders, social support, and health status in geriatric patients in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry; v. 17, nº 4, pp. 299-304. Jul 1995.

LÉSPERANCE, F.; FRASURE-SMITH, N.; JUNEAU, M.; THÉROUX, P. Depression and 1 - year prognosis in unstable angina. Arch Intern Med; v. 160, pp. 1354-1360. 8 Maio 2000.

LINKA, E.; BARTKÓ, G.; AGÁRDI, T.; KEMÉNY, K. Dementia and depression in elderly medical inpatients. Int Psychogeriatr; v. 12, nº 1, pp. 67-75. 2000.

LYNESS, J.M.; BRUCE, M.L.; KOENIG, H.G.; PARMELEE, P.A.; SCHULZ, R.; LAWTON, M.P.; REYNOLDS III, C.F. Depression and Medical Illness in Late Life: Report of a Symposium. J Am Geriatr Soc; v. 44, nº 2. pp. 198-203. Fev 1996.

MANICA, A.L.L.; LEÃES, C.G.S.; FREY, B.N.; JURUENA, M.F. O papel da depressão na doença coronária. *Arq Bras Cardiol*; v. 73, nº 2, pp. 237-250. 1999.

MAYNE, T.1; VITTINGHOFF, E.; CHESNEY, M.A.; BARRET, D.C.; COATES, T.J. Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV. *Arch Intern Med*; v. 156, pp. 2233-2238. 28 Out 1996.

MENDES DE LEON, C.F.; KRUMHOLZ, H.M.; SEEMAN, T.S.; VACCARINO, V.; WILLIAMS, C.S.; KASL, S.V.; BERKMAN, L.F. Depression and risk of coronary heart: disease in elderly men and wornen. *Arch Intern Med*; v. 158, pp- 2341-2348. 23 Nov 1998.

MENON, A.S.; CAMPBELL, D.; RUSKIN, P.; HEBEL, IR. Depression, hopelessness, and the desire for life-saving treatments among elderly medically ill veterans. *Am J Geiatr Psychiatry*; v. 8, nº 4, pp- 333-342. 2000.

MEYER, T.; KLEMME, H.; HERRMANN, C. Depression but not anxiety is a significant predictor of physicians' assessment of medical status in physically ill patients. *Psychoter Psychosom*; v. 69, nº 3, pp. 147-154. 2000.

MONTGOMERY, S.A.; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*; v. 134, pp. 382-389. 1979.

MORAES, J.L.R. Depressão no Hospital Geral: Frequência de pacientes deprimidos na clientela de internos do Hospital Universitário Lauro Wanderley. 1996. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) Departamento de Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 1996.

MORAES, J.L.R.; LIMA, M.D.C.; CAVALCANTI, T.C.W. Avaliação do grau de depressão de pacientes em hemodiálise crônica. *CCS*; v. 7, nº 1, pp. 15-18. Jan / Fev 1 Mar 1985.

MORENO, M.P.; ESTRADA, J.G.S.; BELTRÁN, C.A.; ALFARO, N.A. Salud mental en la tercera edad. Encuesta a jubilados. *Rev Med IMSS*; v. 37, nº 4, pp. 273-278. 1999.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM - D). *Rev Psiq Clin*; v. 25, nº 5, pp. 262-272. 1998.

MORIMOTO, A.S.; OLIVEIRA, A.P.; KRODA, C. K.; LEVANDOWSKY, F.A.; TREVISAN, F.A.; ABREU, L.G.; MOCELIN, L.C.; ONISHI, L.O.; NUNES, S.O.V. Diagnóstico de depressão em hospital geral, através do manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais - 4a edição (DSM - IV). *Rev Méd Paraná, Curitiba*; v. 56, nº 2/2, pp. 23-30. Jul / Dez 1998.

NAIR, M.G.; PILLAY, S.S. Psychiatric disorder in a South African general hospital. Prevalence in medical, surgical, and gynecological wards. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 19, nº 2, pp. 144-148. Mar 1997.

NASCIMENTO, C.A.M.; NOAL, M.H.O. Depressão em Pacientes Internados num Hospital -Escola. *Rev Psiquiatr RS*; v. 14, nº 3, pp 162-168. Set/Dez 1992.

NUNES, S.O.V.; MORIMOTO, A.S.; OLIVEIRA, A.P.; TREVISAN, F.N.; ABREU, L.G.; ONISHI, L.O. Influência do episódio depressivo maior na manifestação da pneumonia. *Psiquiatria Biol*; v. 6, nº 2, pp. 93-98. 1998.

PATRICK L.; KNOEFEL, F.; GASKOWSKY, P.; REXROTH D. Medical comorbidity and rehabilitation efficiency in geriatric inpatients. *J Am Geriatr Soc*; v. 49, nº 11, pp. 1471-1477. 2001.

PENNINX, B.W.J.H.; BEEKMAN, A.T.F.; ORMEL, J.; KRIEGSMAN, D.M.W.; BOEKE, J.P.; VAN EIJK, J.T.M.; DEEG, D.J.H. Psychological status among elderly people with chronic diseases: Does type of disease play a part? *J Psychosom Research*; v. 40, nº 5, pp. 521-534. 1996.

PENNINX, B.W.J.H.; GURALNIK, J.M.; FERRUCCI, L.; SIMONSICK, E.M.; DEEG, D.J.H.; WALLACE, R.B. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA*; v. 279, nº 21, pp. 1720-1726. 3 Jun 1998.

PENNINX, B.W.J.H.; GURALNIK, J.M.; PAHOR, M.; FERRUCCI, L.; CERHAN, J.R.; WALLACE, R.B.; HAVLIK, R.L. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J National Cancer Inst*; v. 90, nº 24, pp. 1888-1893. 16 Dez 1998.

PENN, L.V.; BOLAND, R; McCARTNEY, L.R.; KOHN R.; MULVEY, T. Recognition and treatment of depressive disorders by internal medicine attendings and housestaff. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 19, nº 3, pp. 179-184. Maio 1997.

POUGET, R.; YERSIN, B.; WIETLISBACH, V.; BUMAND, B.; BOLA, C.L. Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. *Aging (Milano)*; v. 12, nº 4, pp. 301-307. Ago 2000.

REYNOLDS III, C.F.; DEW, M.A.; FRANK, E.; BEGLEY, A.E.; MILLER, M.D.; CORNES, C.; MAZUNDAR, S.; PEREL, J.M.; KUPFER, D.J. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry*; v. 155, nº 6, pp. 795-799. Jun 1998.

RIBEIRO, M.A.M.; PIETROBON, R.S.; ROCKEMBACH, R.A.; RATZKE, O.; COSTA, P.A.B. Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. *Rev Psiquiat Clin*; v. 21, nº 1, pp. 4-8. 1994.

RITCHIE, K.; GILHAM, C.; LEDÉSER, B.; TOUCHON, J.; KOTZKI, P. Depressive illness, depressive symptomatology and regional cerebral blood flow in elderly people with sub-clinical cognitive impairment. *Age and Ageing*; v. 28, nº 4, pp. 385-391. 1999.

ROACH, M.J.; CONNORS, A.F.; DAWSON, N.V.; WENGER, N.S.; WU, A.W.; TSEVAT, J.; DESBIENS, N.; COVINSKY, K.E.; SCHUBERT, D.S.P. Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. *Arch Intern Med*; v. 158, pp. 397-404. 23 Fev 1998.

RODIN, G.; VOSHART, K. Depression in the Medically Ill: An Overview. Am J Psychiatry; v. 143, nº 6. pp. 696-705. . Jun 1986.

SARAVAY, S.M. Medical and depressive comorbidity in psychiatric inpatients (editorial; comment) Gen Hosp Psychiatry; v. 17, nº 5, pp. 326-334. Set 1995.

SCHEIN, R.L.; KOENIG, H.G. The Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale: assessment of depression in the medically ill elderly. Int J Geriatr Psychiatry; v. 12, nº 4, pp. 436-446. 1997.

SCHLEIFER, S.J.; KELLER, S.E.; BARTLETT, J.A.; ECKHOLDT, H.M.; DELANEY, B.R. Immunity in Young Adults With Major Depressive Disorder. Am J Psychiatry; v. 153, nº 4. pp. 477-482. Abr 1996.

SCHUBERT, D.S.P.; YOKLEY, J.; SLOAN, D.; GOTTESMAN, H. Impact of the interaction of depression and physical illness on a psychiatric unit's length of stay. Gen Hosp Psychiatry; v. 17, pp. 326-334. 1995.

SCHULZ, R.; BEACH, S.R.; IVES, D.G.; MARTIRE, L.M.; ARYO, A.A.; KOP, W.J. Association between depression and mortality in older adults. Arch Intern Med; v. 160. Pp. 1761-1768. 26 Jun 2000.

SEABRA, M.L.V.; CONCÍLIO, G.V.; VILLARES, J.B.; CARLINI, E.A. Avaliação do teste " Mini-Mental State" em voluntários e pacientes brasileiros. Rev ABP-APAL; v. 12, nº 1,2,3,4, pp. 1-7. 1990.

SHAH, A.; DE, T. Documented evidence of depression in medical and nursing case-notes and its implications in acutely ill geriatric inpatients. Int Psychogeriatr; v. 10, nº 2. Pp. 163-172. Jun 1998.

SHAH, A.; ODUTOYE, K.; DE, T. Depression in acutely ill elderly inpatients: a pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. J Affect Disord; v. 62, nº 3. pp.233-240. Fev 2001.

SHIMA, S.; KITAGAWA, Y.; KITAMURA, T.; FUJINAWA, A.; WATANABE, Y. Poststroke depression. Gen Hosp Psychiatry; v. 16, pp. 286-289. 1994.

SHMUELY, Y.; BAUMGARTEN, M.; ROVNER, B.; BERLIN, J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. Int Psychogeriatr; v. 13, nº 1, pp. 63-73. 2001.

SILBERMAN, C.; SOUZA, C.; WILHEMS, F.; KIPPER, L.; WU, V.; DIOGO, C.; SCHMITZ, M.; STEIN, A.; CHAVES, M. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. Rev Saúde Pública; v. 29, nº 6, pp. 444-450. 1995.

SONNENBERG, C.M.; BEEKMAN, A.T.F.; DEEG, D.J.H.; VAN TILBURG, W. Sex differences in late-life depression. Acta Psychiatr Scand; v. 101, nº 4, pp. 286-292. Abr 2000.

SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.R.; GIBBON, M.; FIRST, M.B. The structured clinical interview for DSM-III-R. I – history, rationale and description. Arch Gen Psychiatry; v. 49, p. 624-629. 1992.

St. JOHN, C.J.; ELDEMIRE, D.; LAGRENADE, J. Depression in the elderly. W Ind Med Journal; v. 46, nº 2, p. 39. 1997.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M.R. Depressão na Terceira Idade. Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica. 1ª Ed. São Paulo. Lemos Editorial & Gráficos Ltda

UNUTZER, J.; PATRICK, D.L.; SIMON, G.; GREMBOWSKY, D.; WALKER, E.; RUTTER, C.; KATON, W. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older: a 4-year prospective study. JAMA; v. 277, nº 20, pp. 1618-1623. 28 Maio 1997.

VAN DEN BERG, M.D.; OLDEHINKEL, A.J.; BRILMAN, E.I.; BOUHUYS, A.L.; ORMEL, 3. Correlates of symptomatic, minor and major depression in the elderly. 3 Affect Disorders; v. 60, pp. 87-95. 2000.

WASSWERTHEIL-SMOLLER, S.; APPELEGATE, W.B.; BERGE, K.; CHANG, C.J.; DAVIS, B.R.; GRIMM IR, R.; KOSTIS, J.; PRESSEL, S.; SCHRON, E. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. Arch Intern Med; v. 156, pp. 553-561. 11 Mar 1996.

WEATHERALL, M. A randomized controlled trial of the Geriatric Depression Scale in an inpatient ward for older adults. Clin Rehabil; v. 14, nº 2. pp. 186-191. Abr 2000.

WELLS, K.B.; ROGERS, W.; BURNAM, M.A.; CAMP, P. Course of depression in patients with hypertension, myocardial infaction, or insulin-dependent diabetes. Am J Psychiatry; v. 150, nº 4, pp. 632-638. Abr 1993.

WHOOLEY, M.A.; BROWNER, W.S.. Association between depressive symptoms and mortality in older women. Arch Intern Med; v. 158, pp. 2129-2135. 26 Out 1998.

WOO, J.; HO, S.C.; LAU, J.; YUEN, Y.K.; CHIU, H.; LEE, H.C.; CHI, I. The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly chinese population. Acta Psychiatr Scand; v. 8, pp. 8-13. 1994.

ZIEGELSTEIN, R.C.; BUSH, D.E.; FAUERBACH, J.A. Depression, adherence behavior, and coronary disease outcomes. Arch Intern Med; v. 158, pp. 808. 13 Abr 1998.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS DISPONÍVEIS NA INTERNET

Update on the Neurobiology of Depression. Psychiatry and Mental Health Treatment updates - o Medscape, Inc. Disponível <http://psychiatry.medscape.com/Medscape/psychiatry/TreatmentUpdate/2000>. Acessado em 16 / 09 / 2000.

Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso> Acessado em 17 / 11 / 2002.

ANEXOS



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

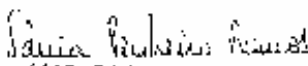
Ofício nº 158/2002 - CEP/CCS

Recife, 21 de junho de 2002.

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/CCS/UFPB, analisou o Protocolo de pesquisa nº 029/2002-CEP/CCS intitulado "*Prevalência de depressão no vasto estudo transversal com pacientes internados nas enfermarias de clínica médica de hospital das clínicas da UFPB*", aprovando-o, de acordo com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em 21 de junho de 2002, liberando para início da coleta de dados.

Atenciosamente,


 Prof.ª Vânia Pinheiro Ramos
Vice-coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CEP/CCS-UFPB

Ao

Sr. Paulo José Tavares de Lima

Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria CC/UFPB

Termo de Consentimento Esclarecido

Eu, _____, declaro que, de acordo com os termos da resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, aceito participar do estudo de título "" Prevalência de Depressão no Idoso - Estudo Transversal com Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFPE".

Atesto para os devidos fins e a quem interessar possa de que fui plena e devidamente informado pelo organizador Dr. Paulo José Tavares de Lima acerca dos detalhes deste estudo que será utilizado como tema para produção de sua dissertação de mestrado em neuropsiquiatria e cuja justificativa consiste no reconhecimento de dados locais de depressão em idosos durante internação hospitalar.

De acordo com o objetivo do estudo, confirmo minha permissão para que seja submetido à entrevista do examinador, assim como o preenchimento de questionários com a finalidade de determinar a prevalência de depressão em pacientes acima de 65 anos nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas. Declaro ter conhecimento de que todos os dados referentes as minhas entrevistas e questionários serão mantidos em absoluto segredo, sendo de conhecimento apenas meu e do examinador. Tais dados serão utilizados tão somente para o estudo citado acima, jamais para outra finalidade. Afirmando que fui esclarecido de que possuo o direito de desistir a qualquer momento da participação deste estudo sem sofrer qualquer prejuízo a minha pessoa.

Afirmo, finalmente, que me foi colocado à disposição o telefone e o endereço do consultório do pesquisador, para que , a qualquer momento, pudesse ser respondida quaisquer dúvidas a respeito do estudo ou dos dados coletados em minhas entrevistas.

Receberei, portanto, como comprovação deste compromisso, a segunda via deste documento, enquanto que a primeira permanecerá em arquivo de posse do examinador.

Pesquisador:

Paulo José Tavares de Lima

Consultório: Rua Virgínia Loreto, 95, Parnamirim, Recife-PE.

CEP - 52060 -370

Fone: 81- 3441-7422/ 99765178

Assinatura do Paciente/ Responsável

1ª Testemunha

2ª Testemunha

Recife, / /

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL*

ORIENTAÇÃO

Você sabe a data de hoje?(dia da semana) (dia do mês)(mês)(ano)(período do dia).

Valor
Máximo

Escore
obtido

(5)

()

Você sabe em que hospital, cidade e Estado você está? E você sabe de que cidade e Estado você veio?

(5)

()

REGISTRO (MEMÓRIA)

Vou citar 3 palavras (em cerca de 3 segundos)

E você vai repeti-las. (repita as palavras até que o paciente as aprenda). Anote o número de tentativas:

(3)

()

ATENÇÃO E CÁLCULO (prejudicada com analfabetos)

Vá somando de 5 em 5, a partir de zero. Pare após 5 respostas (um ponto para cada resposta correta).

(5)

()

Alternativamente: solete, de trás para diante as letras da palavra MARIA.

LEMBRANÇA (MEMÓRIA)

Diga de novo o nome daqueles 3 objetos que eu mencionei há pouco.

(3)

()

LINGUAGEM

O que é isto? (mostrando o relógio) E isto? (mostrando o lápis ou a caneta)

(2)

()

Repita a seguinte frase:" sem dúvidas ou incertezas".

(1)

()

Pegue este papel (em cima da mesa). Com sua mão direita dobre ao meio e coloque-o no chão.

(3)

()

Leia o que está escrito aqui ("feche os olhos").

(1)

()

Agora faça o que você acabou de ler.

Alternativamente (para analfabetos): faça o que mostra este desenho (olhos fechados).

(1)

()

Escreva neste papel uma sentença qualquer.

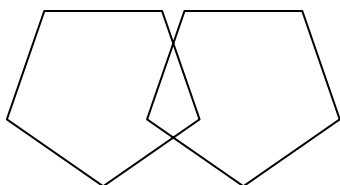
Alternativamente (não sabendo escrever):

Diga uma frase ou uma frase ou uma sentença qualquer.

(1)

()

Copie este desenho



Adaptada por SEABRA et al., 1990.

**FICHA DE PESQUISA SOBRE DEPRESSÃO EM PACIENTES
IDOSOS CLINICAMENTE ENFERMOS INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS CLÍNICAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS -
UFPE**

Nº Registro:
Nº Prontuário:
Enfermaria:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____	Sexo: _____
Data de Nascimento: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Cor: _____
Naturalidade: _____	Procedência: _____

INDICADORES SOCIO-DEMOGRAFICOS

Grau de Instrução: _____

Renda familiar (em salários mínimos): _____

Crença religiosa: _____ E praticante? _____

Convive com familiares ou amigos? _____ Quantos? _____

Fuma? _____

Caso SIM, quantos cigarros por dia? _____

Bebe? _____

Caso SM qual a quantidade ingerida? _____

Em algum momento do passado já bebeu, ou já fumou? _____

Há quanto tempo? _____

ESTADO DE SAÚDE

Data da Internação: _____ Data de Alta: _____

Obito? _____

Caso Sim, qual a causa mortis? _____

Diagnóstico(s) de entrada: _____

Diagnóstico(s) de alta: _____

Conta com internações anteriores? _____

Quantas? _____

Há quanto tempo tem conhecimento da(s) doença(s) que o acomete(m)?

Faz uso de alguma medicação de forma contínua ou há muito tempo?

Caso SIM, qual ou quais são estas? _____

Já foi internado em enfermaria cirúrgica, sofreu politraumatismo ou submeteu-se à cirurgia? _____

Descreva o fato: _____

Já se consultou com um psiquiatra antes para tratar de problemas emocionais?

Faz (ou fez) uso de alguma medicação para solucionar tristeza, falta de apetite, enxaqueca ou falta de sono? _____

Caso SIM, qual ou quais? _____

Durante a internação do paciente, houve menção de diagnóstico de depressão?

Caso SIM, qual a conduta instituída? _____

Realizado por:

Em:

Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - MADRS (Montgomery e
Asberg, 1979)

1 - Tristeza Aparente

Representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, na expressão facial e na postura.

Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

- 0 () Nenhuma tristeza
1
2() Parece abatido, mas alegre-se sem dificuldades.
3
4() Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
5
6() Parece muito triste o tempo todo. Extremamente desanimado.

2 - Tristeza Relatada

Representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo ou desesperança.

Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

- 0() Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
1
2() Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
3
4() Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor ainda é influenciado por circunstâncias externas.
5
6() Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

3 - Tensão Interior

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior e tensão mental crescente, chegando até pânico, pavor ou angústia.

Avaliar de acordo com intensidade, frequência e duração do grau de reassseguramento necessário.

- 0() Tranquilo, somente tensão interior fugaz.
1
2() Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.
3
4() Sentimentos contínuos de tensão interna ou de pânico intermitente, em que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.
5
6() Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

4 - Sono Diminuído

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

- 0() Dorme normalmente.
1
2() Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.
3
4() Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.
5
6() Menos de duas ou três horas de sono.

5 - Diminuição do Apetite

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda de vontade de comer ou necessidade de forçar-se a comer.

- 0() Apetite normal ou aumentado.
1
2() Apetite levemente diminuído.
3
4() Sem apetite, a comida não tem sabor.
5
6() É necessário ser sempre persuadido a comer.

6 - Dificuldade de Concentração

Representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante.

Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau da incapacidade resultante.

- 0() Sem dificuldade para se concentrar.
1
2() Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.
3
4() Dificuldade para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.
5
6() Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

7 - Lassidão

Representando a dificuldade ou lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

- 0() Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.
1
2() Dificuldade para iniciar atividades.
3
4() Dificuldade para começar atividades rotineiras simples que são realizadas às custas de esforço.
5
6() Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

8 - Incapacidade de Sentir

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

- 0() Interesse normal pelo ambiente e outras pessoas.
1
2() Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.
3
4() Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.
5
6() A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

9 - Pensamentos Pessimistas

Representando sentimentos de culpa, inferioridade, auto-reprovação, pecado, remorso e ruína.

- 0() Sem pensamentos pessimistas.
1
2() Idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação.
3
4() Auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.
5
6() Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

10 - Pensamentos Suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio.

Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

- 0() Aprecia a vida ou a aceita como ela é.
1
2() Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios.
3
4() Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado como uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.
5
6() Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O
DSM-IV
TRANSTORNOS DO EIXO I

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.

Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
New York, New York

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Tradução e Adaptação para o Português realizada por:

Cristina Marta Del Ben

Antônio Waldo Zuardi

José Antônio Alves Vilela

José Alexandre de Souza Crippa

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto, São Paulo

1998

SCID - I

Versão Clínica

Livro de Administração

(Traduzido e Adaptado para o Português)

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

A1

No mês passado...
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)

? - +

A1

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

A2

...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

? - +

A2

(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)

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?

Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTE
QUESTÕES, FOCALIZE NO
PIOR PERÍODO DE 2 SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2
SEMANAS]...

A3

...você perdeu ou ganhou peso?
(Quanto? Você estava tentando
emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu
apetite? (E em comparação ao
seu apetite habitual? Você teve
que se forçar a comer?
Comia (mais/menos) que o seu
normal? Isso ocorria quase todos
os dias?)

A4

...como estava o seu sono?
(Dificuldade em pegar no sono,
despertar frequente, dificuldade em
se manter dormindo, acordar cedo
demais, OU dormir demais?
Quantas horas por noite, comparado
com o seu habitual? Isso ocorria
quase todos os dias?)

A5

...você estava tão agitado ou
impaciente que era incapaz de ficar
quieto? (Era tão intenso que as
pessoas percebiam? O que elas
percebiam? Isso ocorria quase todos
os dias?)

SE NÃO: E quanto ao contrário
- falar ou mover-se mais
lentamente do que o seu normal?
(Era tão intenso que as outras
pessoas percebiam? O que
elas percebiam? Isso ocorria quase
todos os dias?)

A6

...como estava a sua disposição?
(Cansado o tempo todo? Quase
todos os dias?)

(3) perda ou ganho significativo de
peso sem estar em dieta (por ex.,
mais de 5% do peso corporal em
1 mês), ou diminuição ou
aumento do apetite quase todos
os dias. **Nota:** Em crianças,
considerar falha em apresentar os
ganhos de peso esperados.

? - +

A3

(4) insônia ou hipersonia quase
todos os dias

? - +

A4

(5) agitação ou retardo psicomotor
quase todos os dias (observáveis
por outros, não meramente
sensações subjetivas de
inquietação ou de estar mais
lento)

? - +

A5

**NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM
O COMPORTAMENTO
DURANTE A ENTREVISTA.**

(6) fadiga ou perda de energia quase
todos os dias

? - +

A6

A7	...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?) SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)	(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente) NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.	? - + A7
A8	...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferiria? Quase todos os dias?) SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?	(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)	? - + A8
A9	...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar? SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?	(9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio	? - + A9
A10		PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).	? - + A10

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

A11

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para **A18**.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiológicamente relacionadas com depressão maior

A12

incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicações incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

? - +

A13

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

? - +

A14

A15

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

A15

EPISÓDIO MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

NOTA: Critério C (isto é, não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A16

Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável...

? - +

A16

Como era isso?

SE NÃO: E quanto a um período em que você estava tão irritadiço, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?)

Se **A16** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer episódio de humor elevado ou irritável), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

A17

Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?)

...durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

? - +

A17

Se **A17** for codificado como “-” (isto é, duração menor que uma semana), vá para **A30**, pág. 12 (*Episódio Hipomaníaco*).

Você esteve mais de uma vez assim? Em qual vez você esteve mais [eufórico / irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?

PARA OS ITENS **A18-A27** NAS PÁG. 09-11 FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

SE NÃO SOUBER: Durante este período, quando você esteve mais [PALAVRAS DO PACIENTE para euforia ou irritabilidade]?

Durante [PERÍODO DE PIORES SINTOMAS MANÍACOS]...

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

A18	...como você se sentia a respeito de si mesmo? (Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)	(1) auto-estima inflada ou grandiosidade	? - +	A18
A19	...você precisava de menos sono do que o habitual? SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?	(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)	? - +	A19
A20	...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)	(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar	? - +	A20
A21	...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?	(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados	? - +	A21
A22	...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha	(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva	? - +	A22

dificuldades em se concentrar?

facilidade para estímulos
externos insignificantes ou
irrelevantes)

A23

...como você passava o seu tempo?
(Trabalho, amigos, passatempos?
Você estava tão ativo que seus
amigos ou familiares ficaram
preocupados com você?)

(6) aumento da atividade dirigida a
objetivos (socialmente, no
trabalho, na escola ou
sexualmente) ou agitação
psicomotora

? - +

A23

SE NÃO HOUVER AUMENTO
DE ATIVIDADE: Você estava
fisicamente irrequieto? (Quanto isto
era desagradável?)

A24

...você fez alguma coisa que
poderia ter causado problemas para
você ou para sua família? (Comprar
coisas das quais não precisava?
Qualquer comportamento sexual
que não era normal para você?
Dirigir de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em
atividades prazerosas com um
alto potencial para consequências
dolorosas (por ex., envolvimento
em surtos incontidos de compras,
indiscrições sexuais ou
investimentos financeiros tolos)

? - +

A24

A25

**PELO MENOS TRÊS DE B(1)-
B(7) SÃO CODIFICADOS
COMO “+” (OU 4, SE O
HUMOR FOR APENAS
IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)**

? - +

A25

Se **A25** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]
e teve algum destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág.15 (*Transtorno Distímico*).

A26

SE NÃO SOUBER: Naquele
período, você teve problemas
graves na sua casa ou no trabalho
(escola), por que você estava
[SINTOMAS], ou precisou ser
internado?

D. A perturbação do humor é
suficientemente severa para
causar prejuízo acentuado no
funcionamento ocupacional, nas
atividades sociais ou
relacionamentos costumeiros
com outros, ou para exigir a
hospitalização, como um meio de
evitar danos a si mesmo e a

? - +

A26

outros, ou existem aspectos psicóticos.

Se **A26** for codificado como “-” (isto é, não suficientemente grave), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve problemas com as pessoas ou foi hospitalizado?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A39**, pág. 13 (*Critério C para Episódio Hipomaníaco*).

A27

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a mania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág.

19 e retorne aqui para codificar

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Nota: Episódios maniatiformes que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (por ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar I, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com episódios maníacos incluem doença neurológica degenerativa (por ex., doença de Huntington, esclerose múltipla), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂, doença de Wilson), condições endócrinas (por ex., hipertireoidismo), infecções virais ou outras, e certos tipos de câncer (por ex., neoplasias cerebrais).

Substâncias etiologicamente relacionadas com episódios maníacos incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem medicações psicotrópicas (por ex., antidepressivos), corticosteróides,

? - + **A27**

esteróides anabólicos, isoniazida, medicação antiparkinsoniana (por ex., levodopa), e descongestionantes simpaticomiméticos.

Se **A27** for codificado como “-” (isto é, a mania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A28

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - +

A28

A29

Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)?

Número total de Episódios Maníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A29

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), **B1** (PÁG. 23)

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO

A30

SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias?

Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/ irritado / PALAVRAS DO PACIENTE])?

PARA OS ITENS **A31-A37** NAS PÁG.12-13, FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

? - +

A30

Se **A30** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer período de humor elevado ou irritável durando pelo menos 4 dias), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

Durante [PERÍODO MAIS EXTREMO DE SINTOMAS HIPOMANÍACOS]...

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

- | | | | | |
|------------|--|--|-------|------------|
| A31 | ...como você se sentia a respeito de si mesmo?

(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?) | (1) auto-estima inflada ou grandiosidade | ? - + | A31 |
| A32 | ...você precisava de menos sono do que o habitual?

SE SIM: Ainda assim se sentia descansado? | (2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono) | ? - + | A32 |
| A33 | ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?) | (3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar | ? - + | A33 |
| A34 | ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça? | (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados | ? - + | A34 |
| A35 | ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? | (5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) | ? - + | A35 |
| A36 | ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficavam preocupados com você?) | (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora | ? - + | |

SE NÃO HOUVER
AUMENTO DE
ATIVIDADE: Você estava
fisicamente irrequieto?
(Quanto isto era
desagradável?)

A36

A37

...você fez alguma coisa que
poderia ter causado problemas para
você ou para sua família? (Comprar
coisas das quais não precisava?
Algum comportamento sexual que
não era habitual para você? Dirigir
de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em
atividades prazerosas com um
alto potencial para consequências
dolorosas (por ex., envolvimento
em surtos incontidos de compras,
indiscrições sexuais ou
investimentos financeiros tolos)

? - +

A37

A38

**PELO MENOS TRÊS DE B(1)-
B(7) SÃO CODIFICADOS
COMO “+” (OU 4, SE O
HUMOR FOR APENAS
IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)**

? - +

A38

Se **A38** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]
e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A39

SE NÃO SOUBER: Isto é muito
diferente do jeito que você costuma
ser? (Diferente como? No trabalho?
Com os amigos?)

C. O episódio está associado com
uma inequívoca alteração no
funcionamento, que não é
característica da pessoa quando
assintomática.

? - +

A39

Se **A39** for codificado como “-” (isto é, caracteristicamente “hipomaníaco”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]
e estava realmente diferente do jeito que você costuma ser?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A40	SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?)	D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros.	? - +	A40
------------	---	--	-------	------------

Se **A40** for codificado como “-” (isto é, não observável pelos outros), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e as outras pessoas notavam a mudança no jeito que você estava agindo?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A41	SE NÃO SOUBER: Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado?	E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.	? - +	A41
------------	--	---	-------	------------

Se **A41** for codificado como “-” (isto é, suficientemente severo para causar prejuízo acentuado), volte para **A26**, pág. 10, codifique como “+” para aquele item, e continue com **A27**, pág. 11.

A42	Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?	F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.	? - +	A42
------------	---	--	-------	------------

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a hipomania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18, retorne

Nota: Episódios com características hipomaniacas que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (p.ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar II, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias possivelmente etiológicas incluída no item **A27** (pág. 11).

Se **A42** for codificado como “-” (isto é, a hipomania é devido a uma substância ou condição

médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A43

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - +

A43

A44

Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS RECONHECIDOS] por um determinado período?

Número total de Episódios Hipomaníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A44

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), **B1** (PÁG. 23).

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para apresentações nas quais haja uma história de múltiplos Episódios Depressivos Maiores recorrentes, o clínico pode preferir pular a avaliação de

A45

Nos últimos dois anos, você se sentiu incomodado por humor deprimido, a maior parte dos dias, mais dias presentes do que ausentes? (Mais que a metade do tempo?)

SE SIM: Como era isso?

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. **Nota:** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

? - +

A45

Se **A45** for codificado como “-” (isto é, sem humor depressivo crônico...), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

Durante estes períodos de [PALAVRAS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA], você acha que na maior parte do tempo, você...

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

A46

perde o apetite? (E quanto a comer demais?)

(1) apetite diminuído ou hiperfagia

? - +

A46

A47

...tem dificuldades em pegar no sono, ou dorme demais?

(2) insônia ou hipersonia

? - +

A47

A48

...tem pouca disposição para fazer as coisas ou se sente muito cansado?

(3) baixa energia ou fadiga

? - +

A48

A49

...se sente desapontado consigo mesmo? (Sente-se inútil ou um fracasso?)

(4) baixa auto-estima

? - +

A49

A50

...tem dificuldades em se concentrar ou em tomar decisões?

(5) dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões

? - +

A50

A51	...sente-se sem esperança?	(6) sentimentos de desesperança	? - +	A51
A52		PELO MENOS DOIS SINTOMAS “B” SÃO CODIFICADOS COMO “+”	? - +	A52

Se **A52** for codificado como “-” (isto é, menos que dois sintomas são “+”), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A53	Durante este período de depressão de longa duração, qual o período mais longo em que você se sentiu bem? (SEM SINTOMAS DISTÍMICOS)	C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) da perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por um período maior que 2 meses.	? - +	A53
------------	--	--	-------	------------

Se **A53** for codificado como “-” (isto é, mais que dois meses sem sintomas), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A54	Há quanto tempo você vem se sentindo assim? (Quando isso começou?)	Idade em que se iniciou o Transtorno Distímico atual (CODIFIQUE 99 SE DESCONHECIDA)	_____	A54
------------	--	---	-------	------------

A55	SE NÃO SOUBER: Isto começou gradualmente ou com um período significativo de depressão?	D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.	? - +
------------	--	--	-------

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso,

após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

A55

Se **A55** for codificado como “-” (isto é, houve Episódio Depressivo Maior durante os 2 primeiros anos), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A56

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

? - +

A56

Se **A56** for codificado como “-” (isto é, houve Episódios Maníaco, Misto ou Hipomaníaco passados ou preenchem-se critérios para Transtorno Ciclotímico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A57

A CODIFICAÇÃO DESTE CRITÉRIO PODE NECESSITAR SER ADIADA ATÉ QUE TRANSTORNOS PSICÓTICOS TENHAM SIDO EXCLUÍDOS.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

? - +

A57

Se **A57** for codificado como “-” (isto é, ocorre durante um Transtorno Psicótico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A58

Um pouco antes disso começar,
você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar,
você estava tomando algum
remédio?

SE SIM: Houve alguma
mudança na quantidade que
você estava tomando?

Um pouco antes disso começar,
você estava bebendo ou usando
alguma droga?

Se houver alguma indicação de que
a distímia possa ser secundária
(isto é, devido aos efeitos
fisiológicos diretos de uma
condição médica geral ou

G. Os sintomas não se devem aos
efeitos fisiológicos diretos de
uma substância (por ex., droga
de abuso ou medicamento) ou de
uma condição médica geral.

Condições médicas gerais
etiologicamente relacionadas com
distímia incluem doença
neurológica degenerativa (por ex.,
mal de Parkinson), doença
cerebrovascular (por ex., AVC),
condições metabólicas (por ex.,
deficiência de vitamina B₁₂),
condições endócrinas (por ex.,
hiper- e hipotireoidismo, hiper- e
hipoadrenalismo), infecções virais
ou outras (por ex., hepatite,
mononucleose, HIV), e certos tipos
de câncer (por ex., carcinoma de
pâncreas)

Substâncias etiologicamente
relacionadas com distímia incluem
álcool, anfetaminas, cocaína,
alucinógenos, inalantes, opióides,
fenciclidina, sedativos, hipnóticos,
ansiolíticos. Medicamentos incluem
anti-hipertensivos, contraceptivos
orais, corticosteróides, esteróides
anabólicos, agentes antineoplásicos,
analgésicos, anticolinérgicos,
medicações cardíacas.

? - +

A58

Se **A58** for codificado como “-” (isto é, devido a uma condição médica geral crônica ou uso crônico de substância), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A59

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS EM A e B]
interferem em sua vida?

H. Os sintomas causam sofrimento
cl clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento social
ou ocupacional ou em outras
áreas importantes da vida do
indivíduo.

? - +

A59

Se **A59** for codificado como “-” (isto é, clinicamente não significativo), vá para **B1**, pág. 23

(*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A60

CRITÉRIOS A, B, C, D, E, F, G e H SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISTÍMICO)

? - +

A60

Vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

CONSIDERE O PAPEL ETIOLÓGICO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU USO DE SUBSTÂNCIA

Se os sintomas de humor não são associados cronologicamente com uma condição médica geral, vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por Substância*).

TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A61

CODIFIQUE BASEADO EM INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos):
(1) humor deprimido, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades
(2) humor elevado, expansivo ou irritável

? - +

A61

A62

Você acha que seus [SINTOMAS DE HUMOR] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

SE SIM: Conte-me como.

Os [SINTOMAS DE HUMOR]

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de

? - +

A62

começaram ou pioraram
imediatamente após a [CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]
ter começado?

Ajustamento com Humor
Deprimido em resposta ao
estresse de ter uma condição
médica geral).

SE SIM E A CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL FOI
RESOLVIDA: Os
[SINTOMAS DE HUMOR]
melhoraram após a [CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL
COMÓRBIDA] ter
melhorado?

Se **A62** for codificado como “-” (isto é, não há condição médica geral etiológica), vá para **A65**, pág.20 (*Transtorno de Humor Induzido por substância*).

A63

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS DE HUMOR]
interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento
cl clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento social
ou ocupacional ou em outras
áreas importantes da vida do
indivíduo.

? - +

A63

A64

SE NÃO SOUBER: Você teve
[SINTOMAS CODIFICADOS
COMO “+” ACIMA] no último
mês?

**CRITÉRIOS A, B/C e E SÃO
CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO DE HUMOR
DEVIDO A UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL)**

? - +

A64

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág.06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A65

CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes sintomas (ou ambos):

- (1) humor depressivo ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades
- (2) humor elevado, expansivo ou irritável

? - +

A65

A66

SE NÃO SOUBER: Quando os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram? Você já estava usando [SUBSTÂNCIA] ou tinha acabado de parar ou diminuído o seu uso?

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):

- (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância
- (2) o uso de um medicamento está etiologicalamente relacionado com a perturbação

? - +

A66

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A67

Você acha que [SINTOMAS DE HUMOR] estão de alguma forma relacionados ao uso de [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Conte-me como.

PERGUNTE QUALQUER DAS SEGUINTEs QUESTÕES SE NECESSÁRIO PARA DESCARTAR UMA ETIOLOGIA NÃO RELACIONADA À SUBSTÂNCIA.

SE NÃO SOUBER: O que veio primeiro, o uso [SUBSTÂNCIA] ou os [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Houve um período de tempo em que você parou de usar [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Após ter parado de usar [SUBSTÂNCIA], os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram?

SE NÃO SOUBER: Qual a quantidade de [SUBSTÂNCIA] você estava usando, quando começou a ter [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Você teve outros episódios de [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE SIM: Quantas vezes? Você estava usando [SUBSTÂNCIA] nestes episódios?

C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno de Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes características:

(1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)

(2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda

(3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso

(4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias)

? - +

A67

Se **A67** for codificado como “-” (isto é, a perturbação é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância), retorne para que o episódio seja avaliado: **A12** para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A68

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS DE HUMOR]
interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento
cl clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento social
ou ocupacional ou em outras
áreas importantes da vida do
indivíduo.

? - +

A68

A69

SE NÃO SOUBER: Você teve
[SINTOMAS CODIFICADOS
COMO “+” ACIMA] no último
mês?

**CRITÉRIOS A, B,C e E SÃO
CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO DE HUMOR
INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA).**

? - +

A69

Retorne para que o episódio seja avaliado:
A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)
A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

D. TRANSTORNOS DE HUMOR

Se nunca houve quaisquer sintomas de humor clinicamente significativos, vá para **Módulo E**, pág. 44.

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR I

D1	História de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos (veja A28 , pág. 11). <i>NOTA:</i> Em um episódio misto, preenchem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior (exceto pela duração), quase todos os dias, durante um período mínimo de uma semana.	? - +	D1
		Vá para D5 , pág.	
D2	Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância. <i>NOTA:</i> Os episódios maniatiformes nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, ECT e fototerapia) não devem ser incluídos em um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.	? - +	D2
		Vá para D5 , pág.	
D3	Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo e nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.	? - +	D3
		Vá para D5 , pág.	
			TRANSTORNO
D4	Selecione o código diagnóstico baseado no episódio atual (ou mais recente) (quinto dígito baseado na gravidade). SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS MANÍACOS OU DEPRESSIVOS] no 296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Hipomaníaco 296.0x Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único 296.4x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Maníaco 1-Leve: Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco. 2-Moderado: Extremo aumento da atividade ou prejuízo no julgamento. 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos: Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a outras pessoas. 4-Severo Com Aspectos Psicóticos: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor: Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou		D4

relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com idéias ou temas grandiosos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado.

5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Maníaco, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Maníaco que dura menos de 2 meses após o término do Episódio Maníaco.

6-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

0-Inespecificado.

296.6x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Misto

1-Leve: Satisfaz não mais que os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco e um Episódio Depressivo.

2-Moderado: Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".

3-Severo Sem Aspectos Psicóticos: Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a outras pessoas.

4-Severo com Aspectos Psicóticos: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor:

Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos ou depressivos típicos.

Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos ou depressivos típicos. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas grandiosos ou depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de ser controlado.

5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Misto, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de um Episódio Misto que dura menos de 2 meses após o término do Episódio Misto.

7-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

8-Inespecificado.

296.5x Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Depressivo

1-Leve: Poucos sintomas (se existem) excedendo aqueles exigidos para o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em pequeno prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais habituais ou relacionamentos com outros.

2-Moderado: Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".

3-Severo Sem Aspectos Psicóticos: Diversos sintomas excedendo aqueles

necessários para fazer o diagnóstico e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional, em atividades habituais ou relacionamentos com outros.

4-Severo com Aspectos Psicóticos: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor.

Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.

5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Depressivo Maior, porém não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Depressivo Maior que dura menos um Episódio Depressivo Maior. (Se o Episódio

Depressivo Maior esteve sobreposto a um Transtorno Distímico, o diagnóstico isolado de Transtorno Distímico é dado apenas quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.)

7-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

8-Inespecificado.

296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente Não Especificado (os critérios, exceto pela duração, são atualmente [ou foram mais recentemente] satisfeitos para um Episódio Maníaco, Episódio Hipomaníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior.

→ Vá para **Módulo E**, pág.

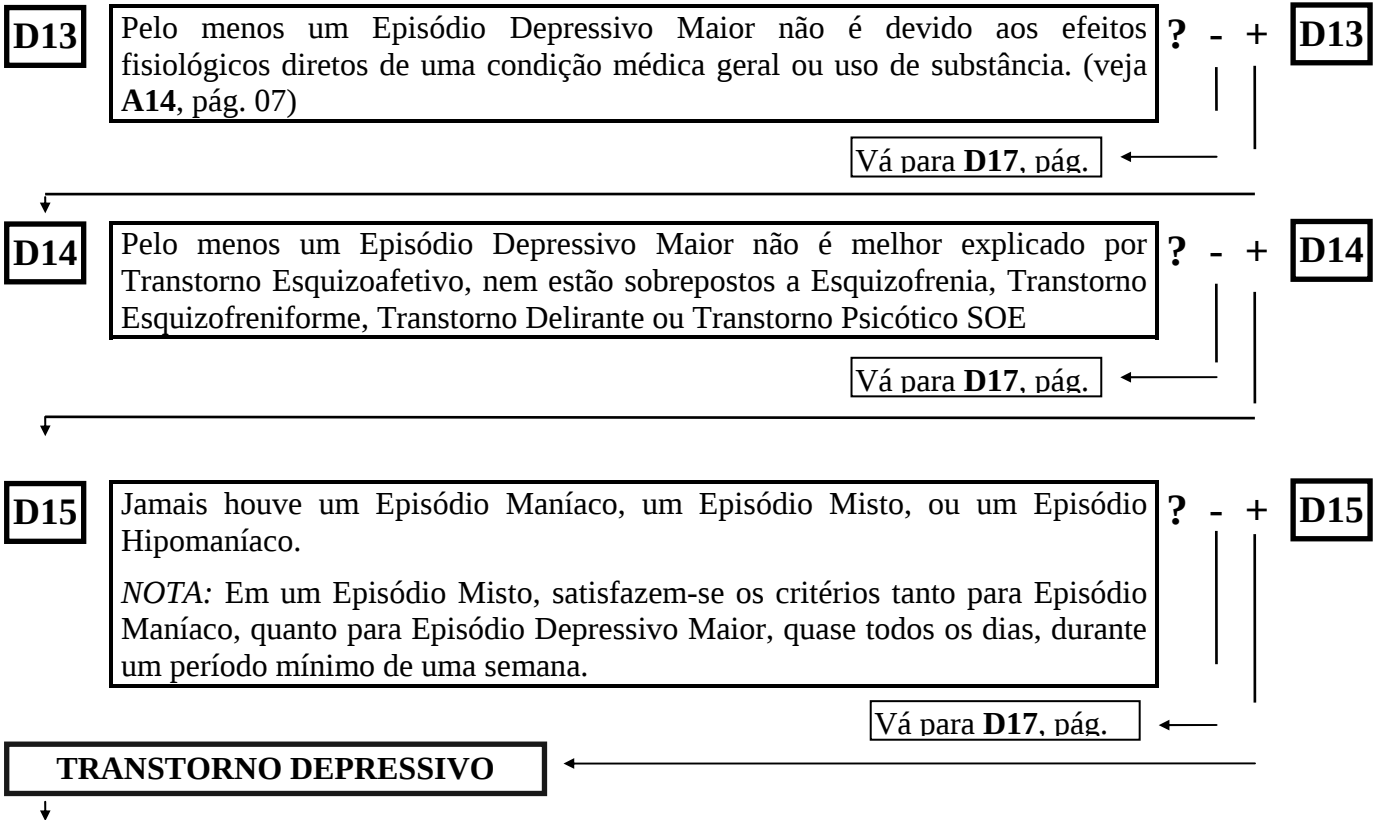
CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR II

D5	Pelo menos um Episódio Hipomaniaco não é devido aos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral ou uso de substância (incluindo tratamento antidepressivo somático) (veja A43 , pág. 14)	? - +	D5
Vá para D10 , pág.			
↓			
D6	Pelo menos um Episódio Depressivo Maior não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância. (veja A14 , pág. 07)	? - +	D6
Vá para D10 , pág.			
↓			
D7	Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto.	? - +	D7
Vá para D10 , pág.			
↓			
D8	Os Transtornos de Humor não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.	? - +	D8
Vá para D10 , pág.			
↓			
TRANSTORNO BIPOLAR II			
↓			
D9	Especifique o episódio atual (ou mais recente): 296.89 Transtorno Bipolar II, Hipomaniaco 296.90 Transtorno Bipolar II, Depressivo	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS OU DEPRESSIVOS] no último mês?	D9
Vá para Módulo E .			

CRITÉRIOS PARA OUTROS TRANSTORNOS BIPOLARES

D10	Sintomas Maníacos ou Hipomaníacos clinicamente significativos.	?	-	+	D10
	Vá para D13 , pág.				
D11	Não devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância. Se houver alguma indicação de que os sintomas de humor sejam secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar	?	-	+	D11
	Vá para D13 , pág.				
D12	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS MANÍACOS OU DEPRESSIVOS] no último mês? Indicar o tipo: 1- 301.13 Transtorno Ciclotímico (deve preencher todos os critérios seguintes): A. Por 2 anos, pelo menos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Nota: Em crianças e adolescentes, a duração deve ser de pelo menos 1 ano. B. Durante o período de 2 anos estipulado acima (1 ano para crianças e adolescentes), a pessoa não ficou sem os sintomas do Critério A por mais de 2 meses consecutivos. C. Nenhum Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação. 2 - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (para transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno bipolar específico.	?	-	+	D12
	Vá para Módulo E , pág.				

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR



D16	Selecione o código diagnóstico baseado no número de episódios e severidade do episódio atual. SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS DEPRESSIVOS] no último mês?	D16
296.2x Transtorno Depressivo, Episódio Único 296.4x Transtorno Depressivo, Recorrente (para serem considerados episódios separados, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos, em que os critérios para Episódio Depressivo Maior não são satisfeitos) 1-Leve: Poucos sintomas, se existem, excedendo aqueles exigidos para o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em pequeno prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com outros. 2-Moderado: Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo". 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos: Diversos sintomas excedendo aqueles necessários para fazer o diagnóstico e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional, em atividades habituais ou nos relacionamentos com outros. 4-Severo com Aspectos Psicóticos: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes		

com o humor.

Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.

5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Depressivo Maior, porém não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Depressivo Maior que dura menos de 2 meses após o término de um Episódio Depressivo Maior. (Se o Episódio Depressivo Maior esteve sobreposto a um Transtorno Distímico, o diagnóstico isolado de Transtorno Distímico é dado apenas quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.)

7-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

8 - Inespecificado.

→ Vá para **Módulo E**, pág.

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR SOE

D17	Sintomas depressivos clinicamente significantes que não satisfazem os critérios para um Transtorno Depressivo específico ou Transtorno de Ajustamento e não são melhor explicados por um Luto.	?	-	+	D17
Vá para Módulo E, pág. ←					
D18	Não devido a efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância (incluindo tratamento antidepressivo somático). Se houver qualquer indicação de que os sintomas de humor possam ser secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18, e volte aqui para codificar este	?	-	+	D18
Vá para Módulo E, pág. ←					
D19	311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS DEPRESSIVOS] no último	?	-	+	D19
Vá para Módulo E, pág. ←					

Lima, Paulo José Tavares de

Depressão e enfermidade clínica no idoso: Estudo transversal com pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas – UFPE / Paulo José Tavares de Lima. – Recife : O Autor, 2003. 140 folhas : il., fig., Tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria, 2003.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Depressão – Doenças clínicas – Idosos. 2. Comorbidade – Doenças clínicas – Detecção. 3. Internação hospitalar – Idosos – Enfermarias. I. Título.

616.895.4
616.8527

CDU(2.ed.)
CDD(21.ed.)

UFPE
BC2003-420



Serviço Público Federal
Universidade Federal de Pernambuco
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDO: PAULO JOSÉ TAVARES DE LIMA

TÍTULO: "DEPRESSÃO E ENFERMIDADE CLÍNICA NO IDOSO - ESTUDO
TRANSVERSAL COM PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE

Orientador: Prof. EVERTON BOTELHO SOUGEY

BANCA EXAMINADORA:

Prof. IVANOR VELLOSO MEIRA LIMA - UFPE

Prof. EDGAR VIMARÃES VICTOR - UFPE

Prof. OTHON COELHO BASTOS FILHO - UFPE

LOCAL: Auditório Murilo La Greca - CCS

Horário: 08:00h

Dia: 19.12.2003

Comentários: _____

Presidente: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____