Sérgio Gonçalves Henriques Júnior

Associação entre transtornos depressivos, uso de serviços de saúde e absenteísmo em pacientes de um ambulatório de clínica médica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Renério Fráguas Júnior

São Paulo
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Henriques Júnior, Sérgio Gonçalves

**Associação entre transtornos depressivos, uso de serviços de saúde e
absenteísmo em pacientes de um ambulatório de clínica médica / Sérgio
Gonçalves Henriques Júnior -- São Paulo, 2005.**

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.
Orientador: Renério Fráguas Júnior.

Descritores: 1.TRANSTORNO DEPRESSIVO/diagnóstico 2.CUIDADOS
PRIMÁRIOS DE SAÚDE 3.ABSENTEÍSMO 4.MÉDICOS 5.AMBULATÓRIO
HOSPITALAR 6.MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS

USP/FM/SBD-170/05

Dedico este trabalho à minha esposa,
Ana Rosa, que me apoiou em todos os
momentos que necessitei e nunca
deixou que eu esmorecesse e a minha
família que sempre acreditou que eu
pudesse chegar mais longe e por terem
cultivado em mim o gosto pelo saber

Agradecimentos

Aos pacientes, que sem nada nos cobrar e com boa vontade, responderam cada dúvida que tivemos

Às amigas Maria Cristina Gallerani e Mirtes S. Joseph que sempre nos socorreram nos momentos mais angustiantes, abnegadas e pacientes

À querida Eliza Sumie S. Fukushima, que sempre foi um anjo da guarda, atenta e desprendida, ao longo da minha pós-graduação

Aos médicos clínicos do AGD, colaborativos colegas, que se dedicaram às entrevistas e ajudaram a realizar o trabalho

Ao Rubens Costa Soares, paciente, esperançoso, me mostrou que nunca os esforços são em vão

Ao meu amigo e orientador, o incansável Renério, por ter removido montanhas e retirado pedras de meu caminho, por ter em mim acreditado e ter me apoiado em momentos difíceis da vida, que em vários momentos não deixou que eu desistisse, que me guiou generosamente e de quem recebi valiosos conhecimentos e me serviu e serve de modelo e inspiração

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo. Serviço de Biblioteca e Documentação. 1994.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	
Lista de siglas	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Resumo	
Summary	
INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Classificação.....	3
1.1.1 Transtorno depressivo maior.....	3
1.1.2 Transtorno distímico.....	5
1.1.3 Transtorno depressivo no transtorno afetivo bipolar.....	7
1.1.4 Transtorno depressivo devido a uma condição médica geral ou uso de substâncias.....	7
1.1.5 Transtorno depressivo menor.....	9
1.1.6 Transtorno de ajustamento com humor depressivo.....	9
1.2 Prevalências.....	10
1.2.1 Prevalência na comunidade.....	10
1.2.2 Prevalência em atenção primária.....	13
1.3 O impacto da depressão.....	16
1.3.1 Depressão e absenteísmo.....	16
1.3.2 Depressão, uso de serviços de saúde e hospitalização.....	19
1.3.3 Impacto financeiro da depressão.....	22
2 OBJETIVOS.....	24
3 MÉTODOS.....	26
3.1 Critérios de Seleção.....	28
3.2 Estimativa para tamanho da amostra.....	29
3.3 Instrumentos.....	30
3.3.1 Prime-Md.....	30
3.3.1.1 Tradução do Prime-Md.....	32
3.3.1.2 Treinamento para aplicação do Prime-Md.....	32
3.3.2 Avaliação de Morbidade.....	33
3.4 Procedimentos para a coleta dos dados	33
3.5 Análise Estatística.....	35
4 RESULTADOS.....	37
4.1 Aspectos demográficos.....	38
4.1.1 Idade.....	38
4.1.2 Sexo.....	39

4.1.3 Estado civil.....	40
4.2 Utilização de Serviços de Saúde.....	41
4.2.1 Procura por Serviço Médico.....	41
4.2.2 Tipo de Serviço Médico Utilizado.....	42
4.2.3 Ocorrência de Internações.....	43
4.3 Diagnóstico de doença crônica.....	45
4.4 Absenteísmo ao Trabalho, Escola ou Afazeres Domésticos.....	46
4.5 Análise de regressão logística.....	47
5 DISCUSSÃO.....	48
5.1 Absenteísmo.....	49
5.2 Utilização de Serviços de Saúde.....	51
5.3 Internações.....	54
5.4 Doenças crônicas.....	54
5.5 Características demográficas.....	55
5.6 Limitações.....	56
5.7 Considerações gerais.....	57
6 CONCLUSÕES.....	60
7 ANEXOS.....	62
7.1 Anexo A.....	63
7.2 Anexo B.....	64
8 REFERÊNCIAS.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS

et al.	e outros
vs	versus
transt.	transtorno

LISTA DE SIGLAS

(%)	porcentagem
AGD	Ambulatório Geral e Didático do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
amb/ps	Ambulatório ou posto de saúde
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIS-R	Clinical Interview Schedule Revised
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DM	Transtorno depressivo maior
dp	Desvio padrão
DPAX	Depression-Anxiety Stirling County Study
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Fourth Edition
ECA	Epidemiologic Catchment Area
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAC	Guia de avaliação clínica do Prime-Md
GHQ	General Health Questionnaire
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Ipq	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
me	Mediana
mo	Moda
n	Tamanho n da amostra

NCS	National Comorbidity Survey
NCS-R	National Comorbidity Survey Replication
OD	Outros transtornos depressivos – remissão ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente bipolar, transtorno do humor devido à condição médica geral ou devido a uso de substâncias com características depressivas ou com transtorno depressivo maior
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	p-valor (significância)
PAMB	Prédio de Ambulatórios
Prime-Md	Primary Medical Evaluation of Mental Disorders para DSM-III-R
psc	Pronto-socorro
QP	Questionário do paciente do Prime-Md
RDC	Research Diagnostic Criteria
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
Scid	Structured Clinical Interview
SD	Sem qualquer transtorno depressivo
SF20	Medical Outcomes Study – Short Form 20 questions
WHO	World Health Organization
χ^2	Qui-quadrado
Z	Teste Z de Mann-Withney
μ	Média

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição de estado civil nos diferentes grupos
- Tabela 2 - Distribuição por sexo nos 3 diferentes grupos
- Tabela 3 - Distribuição de estado civil nos diferentes grupos
- Tabela 4 - Uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses
- Tabela 5 - Utilização de pronto-socorro ou ambulatório/posto de saúde pelos 3 diferentes grupos nos últimos 12 meses
- Tabela 6 - Ocorrência de internações hospitalares, sua frequência e soma de duração em dias nos últimos 12 meses
- Tabela 7 - Diagnóstico de doença crônica nos 3 diferentes grupos nos últimos 12 meses
- Tabela 8 - Ocorrência de faltas ao trabalho, escola ou afazeres domésticos, sua frequência e soma de duração em dias nos últimos 12 meses

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Especificadores para Transtorno Depressivo Maior
- Figura 2 - Principais condições clínicas e farmacológicas associadas com início de transtorno depressivo

Resumo

Henriques Júnior, SG. *Associação entre transtornos depressivos, uso de serviços de saúde e absenteísmo em pacientes de um ambulatório de clínica médica* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 98p.

A depressão tem sido associada a um maior absenteísmo e uso de serviços de saúde e, sua prevalência em pacientes de atenção primária no momento da avaliação é em torno de 10%. Este estudo teve como objetivo, investigar em uma amostra de um ambulatório de clínica médica de um hospital escola (Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), a associação entre: a) transtorno depressivo maior e utilização de serviços de saúde, b) outras depressões e utilização de serviços de saúde, c) transtorno depressivo maior e absenteísmo, d) outras depressões e absenteísmo. MÉTODOS: Dezenove médicos clínicos gerais aplicaram o Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-Md) e questões para avaliar o uso de serviços de saúde e absenteísmo no período de 12 meses antes da entrevista, em 414 pacientes. O Prime-Md é uma entrevista para diagnosticar os transtornos mentais mais comuns em atenção primária, desenvolvido para entrevistadores não especialistas. Os transtornos depressivos pesquisados pelo Prime-MD são: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo distímico, transtorno depressivo menor, remissão parcial de transtorno depressivo maior, transtorno depressivo bipolar e transtorno depressivo devido a doenças ou uso de substâncias. O diagnóstico segue os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. A análise estatística comparou três grupos: pacientes com transtorno depressivo maior (N=144), pacientes com outras depressões (N=82) e pacientes sem depressão (N=188). As comparações foram feitas pelo teste do Qui-quadrado ou Mann-Whitney. Dois modelos de regressão logística foram gerados com absenteísmo como variável dependente. A variável independente em um modelo foi o transtorno depressivo maior e no outro o grupo com outras depressões. Os modelos foram ajustados para: idade, sexo, estado civil e presença de doença clínica. RESULTADOS: Pacientes com transtorno depressivo maior procuram serviços de saúde em um número significativamente maior do que aqueles sem depressão ($p=0,0005$). O grupo de pacientes com transtorno depressivo maior e o grupo com outras depressões apresentaram mais absenteísmo (sim/não) ao trabalho, atividades domésticas ou à escola, do que aqueles sem depressão, as diferenças também foram significativas para o número de dias perdidos. De acordo com a análise de regressão logística, pacientes com transtorno depressivo maior apresentaram uma razão de chance (*odds ratio*) de 1,80 ($p=0,015$; 95% IC, 1,12-2,90) vezes maior de ter absenteísmo quando comparados com aqueles sem depressão; para pacientes com outras depressões a razão de chance em relação àqueles sem depressão foi de 1,89 ($p=0,026$; 95%IC, 1,05-5,17) vezes maior. Não encontramos diferenças significativas entre os três grupos quanto ao sexo, idade, estado civil, tipo de

serviço procurado (pronto-socorro ou ambulatório/posto de saúde), ocorrência de hospitalização ou doenças crônicas. **CONCLUSÕES:** O transtorno depressivo maior se associou significativamente com uma maior procura por serviços de saúde. Ambos, o transtorno depressivo maior e o grupo com outras depressões se associaram significativamente com absenteísmo. Nosso estudo não é prospectivo, o que restringe conclusões etiológicas. Entretanto, de acordo com dados da literatura, nossos resultados provavelmente indicam que a presença de transtornos depressivos acarreta maior uso do sistema de saúde e maior absenteísmo ao trabalho ou a atividades acadêmicas. Além disso, o impacto sobre absenteísmo se estende para formas mais leves de depressão e é independente da idade, sexo, estado civil ou presença de doenças clínicas. **Descritores:** transtornos depressivos; diagnóstico; atenção primária; absenteísmo; ambulatório; serviços de saúde.

Summary

Henriques Júnior, SG. *Association of depressive disorders and use of health care services and absenteeism in a general medical outpatient unit*. [Masters Degree Thesis]. Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2005. 98p.

Depression has been associated with increased absenteeism and use of health care services, and its current prevalence in primary care patients is around 10%. This study aimed to investigate in outpatients at their first visit in a general medical unit of a teaching hospital (Ambulatório Geral Didático do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo) the association of: a) major depressive disorder and use of health care services, b) other depressive disorders and the use of health care services, c) major depressive disorder and absenteeism, d) other depressive disorders and absenteeism. METHODS: Nineteen clinicians used the Prime-Md and questions to assess absenteeism and the use of health care facilities in the period of 12 months before the study evaluation in 414 outpatients. The Prime-Md is an interview targeted for most common mental disorders in primary care, and developed for non-specialized interviewers. The depressive disorders evaluated by Prime-Md are: major depressive disorder, dysthymic disorder, minor depression, partial remission of a major depressive disorder, depressive disorder in bipolar, and depressive disorder due to general medical conditions or substance use. The diagnosis is based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-3rd Edition (DSM –III-R American Psychiatric Association). The statistical analysis compared three groups: patients with major depressive disorders (N=144), patients with other depressions (N=82), and patients without depression (N=188). The comparisons were done with the Chi-square or the Mann-Whitney test. Two logistic regression models were generated with absenteeism as the dependent variable. The independent variable in one model was the presence of major depressive disorder and in the other the presence of presence of other depressions. The models were adjusted for age, gender, marital status and presence of general medical condition. RESULTS: Patients with major depressive disorder presented a significantly higher number of visits to health care services compared to those without depression ($p=0.0005$). The group of patients with major depressive disorder and the group with other depressive disorders presented more absenteeism (yes/no) from work, home duties, or school compared to patients without depression; the differences were also significant for the number of lost days. According to the logistic regression analysis, patients with major depressive disorder presented an odds ratio of 1.80 ($p=0.015$; 95%CI, 1.12-2.90) to have absenteeism compared to patients without depression; the odds ratio to have absenteeism for patients with other depressions compared to those without depression was 1.89 ($p=0.026$; 95%CI, 1.05-5.17). We did not find significant differences among the three groups regarding gender, age, marital status, type of visited service (i.e. emergency room or outpatient clinic), hospitalizations, or presence of general medical conditions. CONCLUSIONS: Major depressive disorder was significantly associated with an increased

number of visits to health services. Either major depressive disorder or the group with other depressions were significantly associated with increased absenteeism. Our study is not prospective, which restricts etiologic conclusions. However, based on the literature, our results probably indicate that the presence of depressive disorders leads to an increased use of the health system and increased absenteeism from work, home duties or school. Moreover, the impact on absenteeism extends to milder depressive disorders and is independent of age, gender, marital status or the presence of general medical condition.

KEYWORDS: depressive disorders, diagnosis, primary care; absenteeism; outpatient unit, health care services

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o estudo norte-americano *National Comorbidity Survey* (NCS), aproximadamente uma em cada 20 pessoas é acometida por episódio depressivo moderado ou grave ao longo da vida (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994). Além disso, o caráter recorrente da depressão, especialmente em serviços de atenção primária, tem levado 75% dos deprimidos a uma evolução recorrente ou cronificada por pelo menos 5 anos (Wilson, Duszinski, & Mant, 2003). Estudos comparativos tem mostrado que a depressão pode comprometer a qualidade de vida tanto ou mais que outras condições médicas, como artrite reumatóide ou diabetes (Wells et al., 1989). Também tem sido considerada o principal fator de risco psico-social para complicações cardíacas em cardiopatas (Carney et al., 1988), pode prolongar a duração de internações (Verbosky, Franco, & Zrull, 1993) e mortalidade pós infarto agudo do miocárdio (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995). Apesar de a depressão contribuir com piora de morbidade e com aumento de gastos com saúde, permanece não sendo adequadamente detectada em uma grande parcela de pacientes. Pesquisar a depressão nos diferentes cenários médicos é essencial para a melhora de sua identificação e tratamento. Neste capítulo inicial detalhar-se-á a classificação diagnóstica a ser usada pelo autor assim como as principais características clínicas dos transtornos depressivos.

1.1 Classificação

Os dois principais sistemas de classificação atualmente utilizados são o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da Associação Americana de Psiquiatria em sua quarta edição (*American Psychiatric Association*, 1994) e o Código Internacional de Classificação de Transtornos Mentais, décima revisão (*World Health Organization*, 1993). Optamos por basear nosso trabalho na classificação norte-americana, já que esta foi utilizada na construção do questionário diagnóstico deste estudo. A classificação dos transtornos depressivos de acordo com o DSM-IV inclui o transtorno depressivo maior (depressão maior), transtorno distímico (distímia) e transtorno depressivo menor (depressão menor). O DSM-IV classifica a reação de ajustamento com presença de sintomas depressivos dentro do capítulo das reações de ajustamento. Também classifica o transtorno depressivo em bipolares dentro do capítulo de transtornos afetivos bipolares.

1.1.1 Transtorno depressivo maior

O transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios que usualmente perduram por períodos de semanas a meses. Segundo o DSM-IV, o episódio depressivo maior requer humor depressivo ou diminuição de

interesse em atividades usuais e pelo menos quatro sintomas de depressão entre 9 possíveis. Esse conjunto de sintomas deve ter sido sustentado nas últimas duas semanas e não pode ser melhor explicado por um processo conhecido de causa, como luto ou condições físicas. O transtorno depressivo maior configura uma síndrome que é resultado de uma interação multifatorial e para o diagnóstico é desnecessária etiologia presumida. Mas outros critérios, além de sintomas e duração, seriam necessários para diferenciar um transtorno depressivo de reações de ajustamento para situações de vida. Pela definição, transtorno depressivo maior, pode ser incapacitante mas não obrigatoriamente. No passado, muita atenção foi dada para conseqüências interpessoais da depressão. Em função da evolução, fatores etiológicos, gravidade e, características sintomatológicas, vários especificadores vem sendo acrescentados ao transtorno depressivo maior, como ilustrado na Figura 1. A correta identificação dos mesmos pode levar a melhores escolhas terapêuticas, uma vez que para alguns subtipos se conhece o perfil de resposta.

Figura 1- Especificadores para Transtorno Depressivo Maior

Etiologia	Características sintomatológicas	Recorrência	Gravidade	Melhora clínica	Evolução	Início
Transtorno depressivo devido à condição médica geral	Melancólica	Episódio único	Leve (baixo impacto nas atividades e relacionamentos interpessoais)	Em remissão parcial (depressivos residuais de um transt. depressivo no passado)	Crônica (com duração superior 2 anos)	Início no pós-parto
Transtorno depressivo devido ao uso de substâncias	Atípica	Recorrente	Moderada (impacto intermediário nas atividades e relacionamentos interpessoais)	Em remissão total (pelo menos há 2 meses sem qualquer sintoma depressivo residual)		
	Psicótica		Grave (alto impacto nas atividades e relacionamentos interpessoais)			
	Catatônica					

Nota: Adaptado do DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994)

1.1.2 Transtorno distímico

Comparado com o transtorno depressivo maior, o transtorno distímico (distímia) caracteriza-se por um conjunto de sintomas mais restrito e de menor impacto, duração prolongada por pelo menos dois anos. Seu início tende a ser insidioso, com origem na infância ou adolescência.

Características atípicas podem estar presentes. A maioria dos casos tem início precoce e chegam a estenderem-se até a terceira década. O subtipo de início tardio é menos comum e não tem sido bem caracterizado clinicamente, mas tem sido amplamente identificado através de estudos

epidemiológicos na comunidade entre a população de meia idade e geriátrica.

A depressão dupla é um curso comumente visto na prática clínica e consiste de transtorno distímico como linha de base, e períodos com e sem transtorno depressivo maior. Um início insidioso pode preceder a sobreposição de um transtorno depressivo maior por anos, ou décadas e o retorno ao padrão depressivo de baixa intensidade é a característica seguinte à sobreposição.

Pacientes com transtorno distímico freqüentemente queixam-se de terem sido deprimidos desde o nascimento ou de terem se sentido deprimidos todo o tempo. Eles se vêem como pertencentes a uma classe especial de sofredores. O perfil do transtorno distímico sobrepõe-se com o do episódio depressivo maior, mas difere deste porque os sintomas tendem a ser mais subjetivos que objetivos, menos intensos e em menor número. Muitas vezes essas características são entendidas como parte do modo habitual da pessoa, e interpretadas como acentuação das características do temperamento deprimido. Distúrbios do apetite e libido não são característicos e, agitação ou lentificação psicomotora não costumam ser observadas.

1.1.3 Transtorno depressivo no transtorno afetivo bipolar

A lentificação psicomotora, com ou sem hipersonia, é marca central da fase depressiva do transtorno bipolar. Sintomas característicos perduram por várias semanas, no entanto, mudanças bruscas na qualidade do humor também são vistos. Nem sempre há características melancólicas e a autonomia dos episódios é típica. Experiências delirantes e alucinatórias são menos comuns na fase depressiva quando comparada com as fases maníaca e mistas. O estupor é a mais comum característica psicótica, particularmente em adolescente e jovem adultos, onde o diagnóstico errôneo de estupor catatônico é freqüentemente realizado. A pseudo-demência orgânica parece ser a contrapartida do estupor no idoso.

1.1.4 Transtorno depressivo devido a condição médica geral ou ao uso de substâncias

Há sintomas depressivos ou quadro clínico compatível com transtorno depressivo maior e há evidências de história, exame físico ou achados laboratoriais em que a alteração de humor é consequência de alterações fisiopatológicas decorrentes de uma condição médica geral ou ao uso de

substâncias. As principais condições médicas e substâncias são relacionadas na figura 2.

Figura 2 – Principais condições clínicas e farmacológicas associadas com início de transtorno depressivo

Condição	Fatores
Infecciosa	Sífilis terciária Toxoplasmose Influenza Pneumonia viral Hepatite viral Mononucleose SIDA
Colágena	Artrite reumatóide Lupus eritematoso
Nutricional	Pelagra Anemia perniciosa
Neurológica	Esclerose múltipla Doença de Parkinson Trauma encefálico Epilepsia parcial complexa Apnéia do sono Tumores cerebrais
Neoplásica	Câncer abdominal Carcinomatose
Cardíaca	Pós-infarto Insuficiência cardíaca congestiva

1.1.5 Transtorno Depressivo Menor

O número de sintomas necessários para o diagnóstico é menor que cinco, mas maior que 2, presentes durante um período mínimo de 2 semanas e inferior a 2 anos, onde os sintomas possíveis são os clássicos para transtorno depressivo maior, à exceção de pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, planejamento ou tentativa suicida. Com relação aos critérios diagnósticos, a principal distinção para transtorno distímico é a duração.

1.1.6 Transtorno de Ajustamento com Humor Depressivo

Inclui-se nesta categoria os quadros de alteração psíquica causados por situações vivenciais. Um evento especialmente estressante ou uma mudança existencial significativa (luto, separação, nascimento de um filho, etc.) pode levar à permanência de circunstâncias desagradáveis, o que pode provocar um transtorno de ajustamento. É um estado de sofrimento e perturbação emocional que prejudica o desempenho social do indivíduo. Os sintomas podem ser humor depressivo, ansiedade, inquietação, sentimentos de incapacidade para formular ou enfrentar projetos e transtornos de conduta na adolescência.

1.2 Prevalências

1.2.1 Prevalência na comunidade

Um passo inicial muito importante é conhecer a prevalência dos transtornos depressivos numa dada população. A partir do estudo *Epidemiologic Catchment Area* (ECA - Regier et al., 1984; Robins et al., 1984) e a divulgação de seus resultados em meados da década de 80 que mostraram prevalência de 3,0 a 5,9% para transtorno depressivo maior e 1,7 a 3,4% em 12 meses, o interesse em estimativas acerca de prevalência dos transtornos depressivos em comunidade cresceu gradativamente até que os resultados do estudo NCS mostraram valores aumentados de prevalência, 8,6% em 12 meses e um risco em torno de 15% para a ocorrência de depressão maior ao longo da vida. (Blazer et al., 1994; Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2003). Outro estudo interessante, o *Stirling County Study* (SCS) é uma investigação epidemiológica de longa duração, desenvolvida em uma cidade do Canadá onde é feita uma combinação de repetidas pesquisas transversais (1952, 1970, 1992) e um estudo de coorte. Diferente dos anteriores, ele tem revelado que a prevalência para depressão atual tem permanecido estável em um pouco mais de 5%. Nas 2 primeiras fases do estudo, a prevalência foi muito semelhante entre homens e mulheres, mas

em 1992 houve aumento na proporção entre mulheres jovens (Murphy et al. 1998)

Como os dados do NCS apontaram um aumento de incidência de depressão e dados do SCS outra direção, vários pesquisadores, inclusive autores dos estudos anteriores, passaram a buscar confirmações de valores através de reavaliações dos instrumentos, reentrevistando parte das amostras. Narrow et al. (2002) questionaram a utilidade dos dados do ECA e do NCS para planejamentos de atendimento à saúde mental nos Estados Unidos devido às discrepâncias entre os dados encontrados. Murphy et al. (2000) já tinham afirmado que mesmo reconhecendo que os resultados do ECA e do *Stirling County Study* (SCS) mostrassem valores de prevalência para depressão aparentemente semelhantes entendiam que os indivíduos identificados por ambos não seriam de fato os mesmos. Então, compararam diagnósticos para depressão e ansiedade obtidos no SCS através do *Depression-Anxiety Questionnaire* (DPAX) e através do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Usaram o Structured Clinical Interview (SCID), aplicado por médicos clínicos, como padrão ouro. Encontraram concordância pelo Kappa para depressão atual de 0,40 e para depressão ao longo da vida de 0,30, resultados regulares. Brugha et al. (1999) fizeram pesquisa semelhante ao compararem resultados com o *Clinical Interview Schedule – Revised* (CIS-R), um questionário diagnóstico estruturado, que havia sido usado na Inglaterra no *National Survey of Psychiatric Morbidity* ao *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), um questionário usado como padrão, semi-estruturado para avaliações clínicas. Encontraram uma

baixa concordância para qualquer transtorno neurótico pelo CID-10 ($\kappa=0,25$ (95% entre 0,1 a 0,4)) e para transtornos depressivos ($\kappa=0,23$ (95% entre 0 e 0,46)).

Interessantemente, Eaton et al. (2000) reavaliaram parte dos pacientes que haviam sido vistos no ECA, na cidade de Baltimore, EUA. O SCAN, foi aplicado por psiquiatras e novamente a concordância para depressão maior e para transtornos depressivos foram novamente baixas (respectivamente κ de 0,20 e 0,23).

Duas importantes questões haviam surgido. Qual a prevalência para transtornos depressivos e o quão confiável eram os diagnósticos?

Após todas as críticas e dúvidas lançadas, em 2003 Kessler et al. utilizaram o CIDI para DSM-IV, replicaram o estudo NCS e encontraram prevalência de depressão maior ao longo da vida de 16,2% e depressão maior nos últimos 12 meses de 6,6%, muito semelhante aos dados do ECA (1984) e do NCS (1990-1992).

Tanto o ECA quanto o NCS também investigaram como as pessoas procuravam tratamento para seus problemas psicológicos. Foi surpreendente descobrir que nem todos os diagnosticados como portadores de transtornos mentais trataram-se no ano anterior ao da pesquisa (apenas 12,3% no ECA e 13,3% no NCS) (Regier et al., 1984; Kessler et al., 1994). Em especial, para transtorno depressivo maior a busca por tratamento nos 12 meses prévios à pesquisa por esses pacientes foi de 53,9% no ECA e 36,4% no NCS, ou seja, ficava claro que uma grande parte de pacientes deprimidos sequer engajavam-se em tratamentos.

1.2.2 Prevalência em atenção primária

As pesquisas de estimativas de transtornos mentais deram informações a respeito do uso de serviços de saúde pela comunidade. Dados iniciais comunicaram que a procura por cuidados de saúde era de que até 80% por pacientes com depressões moderadas dentro de 1 ano, muito superior aos achados posteriores do ECA e do NCS relatados anteriormente (Comstock e Helsing, 1976). Nos Estados Unidos, a mais importante porta de entrada para o tratamento de saúde mental são serviços de atenção primária (Katon et al., 1995; Wells et al., 2000; Schoenbaum et al., 2001). Estudos interessantes compararam diagnósticos realizados por médicos clínicos e por entrevistadores munidos com escalas ou entrevistas diagnósticas e mostraram que as taxas de reconhecimento pelo clínicos eram de 42% a 70% (Schulberg et al., 1985; Schulberg et al., 1995; Katon et al., 1995; Simon et al., 1999; Wells et al., 2000; Schoenbaum et al., 2001).

Assim, uma parte importante dos indivíduos identificados na comunidade como portadores de transtornos depressivos freqüentavam serviços de atenção primária, mas não tinham seu diagnóstico reconhecido no dia-a-dia.

Nielsen e Williams já tinham feito estudo de prevalência de transtornos depressivos em 1980, com 526 pacientes, através do *Beck Depression Inventory* (BDI). A prevalência de pelo menos depressão leve foi de 12,2% e pelo menos depressão moderada foi de 5,5%.

O estudo realizado por Barret et al. (1988), utilizou o questionário *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) com critérios pelo *Research Diagnostic Criteria* (RDC) e encontraram uma prevalência de 10% para transtornos depressivos dos quais 2,2% para transtorno depressivo maior, 3,6% para transtorno depressivo menor, 2,1% para transtorno depressivo crônico e 2% para outros.

Coulehan et al. (1990) entrevistaram 618 pacientes de um ambulatório geral ligado a universidade com o *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) e com o DIS e encontraram prevalência de depressão maior atual de 6,6% e ao longo da vida de 9,5%. Kirmayer et al. (1993) realizaram pesquisa com desenho semelhante, onde entrevistaram 215 pacientes com o CES-D e reentrevistaram com o DIS, 75 pacientes. Em sua amostra, 9,5% dos pacientes possuíam depressão maior atual.

Spitzer et al. (1994) fizeram o primeiro estudo multicêntrico, em 4 cidades diferentes dos Estados Unidos em atenção primária. Foram atendidos por médicos clínicos, inicialmente 1360 pacientes, dos quais 369 com avaliações completadas. Então nova procura selecionou mais 631 pacientes e totalizou-se 1000 avaliações. Aplicou-se o *Primary Medical Evaluation of Mental Disorders para DSM-III-R* (Prime-Md). Parte dos pacientes foram reavaliados por profissionais de saúde mental, treinados em entrevista baseada no SCID, determinado como o padrão-ouro. As prevalências de transtornos de humor detectada pelo Prime-Md variaram de 19 a 35%, de acordo com o local de avaliação. Transtorno depressivo maior variou de 7 a 19%, transtorno distímico, de 5 a 15%, remissão parcial ou

recorrência de transtorno depressivo maior, 4 a 9%, transtorno depressivo menor de 2 a 9%, transtorno depressivo devido a doença ou uso de substâncias, de 2 a 4% e finalmente, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar, menos de 1% nos diferentes centros.

Tiemens et al. (1996) estudou 340 pacientes entrevistados com o *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, versão para atenção primária de acordo com o CID-10. Foram identificados 10,2% de pacientes com transtornos depressivos.

Gater et al. (1998) publicou artigo referente a novo estudo multicêntrico mundial, parte do estudo *World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care*. Participaram um total de 15 centros de atenção primária ao redor do mundo, inclusive a cidade do Rio de Janeiro. Mais de 26 000 pacientes foram avaliados. A prevalência global para depressão maior atual foi de 12,5% entre mulheres e 7,1% entre homens. No Rio de Janeiro, foi de 19,6% entre mulheres e 5,7% entre homens.

1.3 O Impacto da depressão

1.3.1 Depressão e absenteísmo

Vários parâmetros têm sido utilizados para mensurar a incapacitação decorrente da depressão. O *Medical Outcomes Study*, investigou 11 242 pacientes em três centros de assistência nos EUA. Através de um instrumento de auto-avaliação foram checados 6 domínios: desempenho físico, funcional, e social; número de dias “na cama” devido a problemas de saúde; estado de saúde no momento da avaliação; e ausência de dor. Dias “na cama” apresentou significativa associação com sintomas depressivos. Comparativamente, a depressão também se associou a um maior número de dias “na cama” que a hipertensão, diabetes e artrite (Wells et al., 1989).

Kessler et al. (1999) investigaram a incapacitação em curto prazo causada pela depressão, no estudo NCS. Indivíduos com depressão apresentaram de 1,5 a 3,2 vezes mais dias de incapacitação profissional em um período de trinta dias comparados com aqueles sem depressão. Segundo os autores, que salientaram a relação custo-benefício, o prejuízo financeiro decorrente seria tão grande quanto os custos diretos do tratamento bem sucedido para depressão.

Estudos investigando o desempenho no trabalho indicaram que prejuízos funcionais associados à depressão poderiam ser ainda maiores que aqueles estimados apenas pela falta ao trabalho. Stewart et al. (2003)

pesquisaram entre mais de 1000 trabalhadores que participaram do *American Productivity Audit*, a perda de tempo produtivo e a prevalência de transtornos depressivos através do Prime-Md para DSM-IV. Este estudo mostrou que trabalhadores deprimidos perdiam mais horas de trabalho (5,6 horas/ semana) que aqueles não deprimidos (1,5 hora /semana) em função de redução no desempenho. Wang et al. (2004) investigaram a influência da depressão no desempenho profissional, em vários momentos do dia, em indivíduos que trabalhavam fazendo reservas de passagem aérea. Assim como a depressão, na amostra estudada, seis tipos de problemas de saúde estavam presentes em número suficiente para que sua influência no desempenho profissional também pudesse ser estudada (alergias, artrites, dores nas costas, cefaléias, hipertensão arterial, asma). Depressão maior foi a única condição associada a prejuízo nos parâmetros foco na tarefa e produtividade. Os autores concluíram que esse prejuízo seria o equivalente a 2,3 dias de ausência no trabalho pela depressão, com perda em produtividade maior do que os custos para o tratamento.

O impacto na produtividade profissional, embora presente, foi mais dificilmente associado a formas mais leves de depressão. Adler et al. (2004) investigaram o impacto do transtorno distímico em pacientes de atenção primária. Pacientes com transtorno distímico (sem depressão dupla) experimentavam significativamente mais queda da produtividade devido a limitações no desempenho (*“presenteeism”*) quando comparados com aqueles sem depressão. Os grupos não diferiram significativamente em relação às faltas no trabalho, o que se por um lado possui um aspecto

positivo, por outro pode dificultar ainda mais a percepção do impacto profissional do transtorno afetivo e possivelmente sua detecção.

Broadhead et al. (1990) abordaram as diferenças entre depressão e sintomas depressivos e associação com dias de incapacitação e dias perdidos de trabalho em 2980 participantes do *Epidemiologic Catchment Area Study in North America* (ECA) após um ano de seguimento. Depressão maior (diagnóstico pelo DSM-III - American Psychiatric Association, 1980) ofereceu uma maior probabilidade de dias de incapacitação e dias de perda de trabalho, mas depressão menor (sintomas depressivos na ausência de depressão maior e distímia) também tiveram uma significativa probabilidade de ocasionar dias de incapacitação também. Surpreendentemente, indivíduos com depressão menor foram associados com 51% mais dias de incapacitação na comunidade do que pessoas com depressão maior. Este grupo também teve maior risco de ter transtorno de ansiedade em comorbidade ou de desenvolver transtorno depressivo maior dentro de 1 ano. Comparados a indivíduos assintomáticos, pessoas com depressão maior tiveram 4,78 vezes mais probabilidade de incapacitação, e indivíduos com depressão menor, 1,55 vezes maior probabilidade. Os autores sugeriram a partir destes achados que seria importante passar a incluir depressão menor em futuras avaliações de custos de depressão.

Johnson et al. (1992) avaliaram 18 571 pacientes do ECA, pacientes com depressão maior e pacientes com apenas sintomas depressivos. O risco associado à presença de sintomas depressivos para dias perdidos de trabalho foi de 17,8%. Os autores salientaram a relevância dos dados em

relação a essa associação que por serem significativamente mais frequentes que a depressão maior, respectivamente 23,1% e 6,1% representavam um grave problema para os serviços de saúde.

O Estudo LIDO (2003), outro estudo multicêntrico mundial em atenção primária, incluiu a cidade de Porto Alegre e objetivou identificar e correlacionar depressão com morbidade e utilização de serviços de saúde. Com o CES-D, 18 489 pacientes foram triados em 6 centros diferentes. O ponto de corte foi de 16, o que gerou uma amostra de 4 382, dos quais 2 359 aceitaram participar do estudo. Os dados de Porto Alegre colhidos entre 2 475 pacientes indicaram média de idade de 40,1 anos ($dp=14,4$ anos), 70,9% de mulheres e 57,7% casados. Foi realizada uma estratificação dos escores do CES-D e, quanto mais sintomas depressivos presentes, maior a chance de o paciente estar sendo tratado para depressão. Por outro lado, a média de dias perdidos de trabalho nos últimos 3 meses foi de 5,9 ($dp=10,2$)(Chisholm et al., 2003).

1.3.2 Depressão, uso de serviços de saúde e hospitalização

De acordo com dados do ECA, 6% a 7% dos indivíduos estudados fizeram uma consulta em um serviço de saúde por problemas mentais nos 6 meses prévios à avaliação (Shapiro et al., 1984).

Segundo Verbosky et al. (1993), além de procurarem serviços de saúde com mais frequência, pacientes com depressão tendem a passar por

internações mais prolongadas. Em um estudo retrospectivo, avaliaram por 6 meses os pacientes internados e com diagnóstico de depressão secundária segundo o DSM-III-R que foram tratados com antidepressivo comparados aos que não foram. Mostraram que o grupo de pacientes não tratados com antidepressivo tinha uma média maior de estadia de 45,6 dias comparados com 13,8 dias para pacientes tratados com antidepressivo. No entanto pacientes que foram diagnosticados precocemente para depressão e que receberam tratamento apropriado durante a hospitalização gastaram 31,8 dias a menos no hospital. O grupo controle de paciente com condição médica similar sem depressão tiveram 10 dias em média de internação. A conclusão foi que o tratamento precoce da depressão poderia economizar mais que \$25 000,00 por admissão.

Callahan et al. (1994) avaliaram 1 711 pacientes idosos de uma unidade de atenção primária. Pacientes com escores acima de 15 na CES-D apresentaram maior tendência para ir ao pronto socorro e um número significativamente maior de consultas clínicas (7,7 vs 5,6) quando comparados com aqueles com escores inferiores.

No estudo de Jonhson et al. (1992) o risco associado à presença de sintomas depressivos para utilização de serviços de emergência foi de 11,8% e para consultas médicas por problemas emocionais 21,5%. Mais uma vez vale a pena salientar que a prevalência de sintomas depressivos em algum momento da vida nesse estudo foi de até 23%.

Em um estudo de revisão de 26 artigos, Saravay e Lavin (1994) avaliaram os efeitos de comorbidade psiquiátrica na internação hospitalar.

Oitenta e nove por cento de todos os estudos com tamanho da amostra maior do que 110 e 75% prospectivos, rigorosamente controlados, mostraram uma associação significativa entre comorbidade e aumento de dias de internação e concluíram que depressão foi uma entre três significativas variáveis que contribuíram para o prolongamento e pela maior utilização de hospitais e outros serviços de saúde após alta.

Pearson et al. (1999), verificaram em 3 centros que pacientes deprimidos ou em remissão parcial usaram mais dias de hospital e fizeram mais visitas aos ambulatórios, mesmo que tenha havido caracterização de condições médicas de forma similar em ambos os grupos.

Andrew et al. (2001) investigaram a utilização de serviços de saúde em pacientes de atenção primária com transtorno afetivo sazonal. Os autores relataram que pacientes com transtorno afetivo sazonal apresentaram um número significativamente maior de consultas clínicas principalmente nos meses de inverno, quando comparados com pacientes sem transtornos afetivos; indicando que a procura pela consulta estaria associada ao período de manifestação da depressão.

1.3.3 Impacto financeiro da depressão

Greenberg et al.(1993) estimaram que o custo da depressão em 1990 foi US\$44 bilhões, sendo os custos médicos, psiquiátricos e farmacológicos de aproximadamente US\$12,4 bilhões. O custo de mortalidade esperada por suicídio cresceu para US\$7,5 bilhões, enquanto morbidade por redução de produtividade foi de 23,8 bilhões. Notável na revisão de Greenberg foi o custo relativamente baixo de medicamentos antidepressivos, US\$890 milhões, e o baixo custo de todos os tratamentos farmacológicos para transtorno do humor (transt. depressivo maior, transt. bipolar e distímia), estimado em \$1,2 bilhões.

Simon et al. (1995) examinaram os custos associados com depressão e ansiedade nos pacientes de atenção primária. De 2 110 pacientes consecutivos de atenção primária em organizações de saúde, 1 962 foram selecionados pelo *General Health Questionnaire* (GHQ). Uma amostra randomizada estratificada de 615 pacientes foi selecionada; 373 destes pacientes completaram o CIDI como linha de base e 328 foram reavaliados 12 meses depois. Os custos foram avaliados em 327 pacientes da linha de base e em 206 pacientes de ambas avaliações. Pacientes com transtorno depressivo ou de ansiedade pelo DSM-III-R tiveram custos marcadamente mais altos (US\$2 390) do que pacientes com transtorno subliminar (US\$1 397). Custos bastante diferentes persistiram após ponderação para morbidade médica e refletiram a maior utilização de serviços médicos gerais e gastos

mais elevados que custos de tratamento de saúde mental. No entanto, nesta amostra, melhora na depressão após um ano não foi claramente associada com diminuição de custo.

Além da melhora clínica e da qualidade de vida, o tratamento da depressão pode melhorar o desempenho profissional e diminuir o absenteísmo. Rost et al. (2004) em um estudo para investigar a repercussão de programa para aprimorar o tratamento em atenção primária compararam a evolução de pacientes cuidados por médicos que receberam treinamento para otimizar o tratamento da depressão com pacientes que receberam o tratamento padrão. Pacientes que receberam o tratamento otimizado referiram produtividade 6,1% maior e diminuição do absenteísmo em 22,8% em um período de 2 anos.

2 OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Este estudo investigou em pacientes de um ambulatório de clínica médica de um hospital geral universitário a associação entre:

- Transtorno depressivo maior e utilização de serviços de saúde
- Outras depressões que não transtorno depressivo maior e utilização de serviços de saúde
- Transtorno depressivo maior e absenteísmo
- Outras depressões que não transtorno depressivo maior e absenteísmo

3 MÉTODOS

3. MÉTODOS

Esta pesquisa é uma parte do projeto de pesquisa "Utilização do Prime-Md por Médicos não Psiquiatras para Detecção de Depressão em Ambulatório de Clínica Médica". O projeto supramencionado foi aprovado e realizado de acordo com as normas éticas definidas pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e foi financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), de acordo com processo 1999/00669-9.

Este projeto foi desenvolvido em um ambulatório de clínica geral, voltado para o ensino de residentes, localizado em um hospital universitário terciário (HC-FMUSP). Obteve-se a avaliação consecutiva de 577 pacientes que incluiu questionários aplicados pelos médicos clínicos, psiquiatras e por psicólogos. O estudo atual incluiu dados de 414 pacientes desta amostra inicial.

3.1 Critérios de seleção da amostra

Participaram do estudo pacientes atendidos no Ambulatório Geral e Didático da Clínica Médica do HC-FMUSP. Os pacientes atendidos no Ambulatório Geral e Didático (AGD) passaram por triagem prévia, realizada por assistentes da Clínica Médica que habitualmente selecionam casos para o atendimento por residentes. Esses pacientes são provenientes de todo o complexo HC, inclusive da triagem realizada no pronto-socorro. No AGD, ao longo de toda semana, manhãs e tardes, há pacientes para primeiro atendimento. Optou-se em evitar a inclusão de pacientes já pertencentes ao AGD para que não ocorressem vieses diagnósticos. Os pacientes foram abordados na sala de espera, em todos os períodos da semana, após terem comunicado sua chegada à secretaria e enquanto aguardavam o chamado para a consulta. Como característica do fluxo de pacientes do HC-FMUSP, pacientes com menos de 18 anos são atendidos pelo Instituto da Criança do HC-FMUSP, enquanto que com 18 anos ou mais são atendidos nos ambulatórios de especialidades, inclui-se o AGD. Dessa forma, os pacientes tiveram idade mínima de 18 anos e não houve limite superior de idade. Pacientes impossibilitados de se comunicar, portadores de subnormalidade mental grave ou incapacitados para participar da entrevista foram excluídos.

3.2 Estimativa para tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi definido para a investigação do projeto 00669-9 (FAPESP), com o objetivo de se conhecer a prevalência dos transtornos depressivos. Para uma prevalência esperada de cerca de 20%, um intervalo de confiança de 95% com uma precisão de 7% (3,5% bi-caudal), a amostra populacional necessária foi estimada em 502 pacientes. Esperava-se uma perda de 10%, então o número a ser atingido seria de 550 pacientes. O resultado obtido foi de 577 questionários preenchidos. Cento e sessenta e quatro casos (28,4%) foram excluídos desta amostra por possuírem apenas avaliação psicológica ou dados incompletos. Portanto, a amostra estudada foi proveniente de 414 questionários corretamente preenchidos e com avaliação para o diagnóstico bem como para o absenteísmo e uso de serviços de saúde. Os pacientes excluídos foram comparados com a amostra estudada.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Prime-Md

O Prime-Md foi desenvolvido para permitir o diagnóstico de transtornos psiquiátricos mais comuns na população atendida pelo médico não psiquiatra em serviços de atenção primária. No trabalho de validação realizado por Spitzer et al. (1994) foram feitas 1000 entrevistas em 4 locais diferentes. O tempo médio de realização foi de 10 minutos (de 8,4 minutos a 11,4 minutos).

A entrevista é composta por 2 partes: o Guia de Avaliação Clínica (GAC) e o Questionário do Paciente (QP) (ANEXO B). O QP tem função de questionário de triagem, é constituído de uma página a ser preenchida pelo paciente na sala de espera. Nesta pesquisa, optou-se por solicitar o preenchimento na sala de espera mas, assistido por profissional de saúde capacitado para dirimir eventuais dúvidas e garantir o preenchimento correto. O QP consiste de 25 questões sim/não e uma única questão acerca de saúde global. Foi explicado ao paciente que o QP auxiliava o clínico a melhor compreender os sintomas presentes. O QP e o GAC são organizados em 5 grandes módulos de diagnósticos, cobrindo transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência. De acordo

com as questões assinaladas pelo paciente no QP, o médico clínico continuará a entrevista, investigando os módulos correspondentes do GAC.

O GAC deve ser utilizado pelo clínico para obter informações adicionais sobre os diferentes transtornos aos que o paciente respondeu positivamente. O clínico pode ainda perguntar sobre um módulo que suspeite estar alterado, mesmo que o paciente não tenha assinalado positivo no QP (Ex. paciente parece deprimido apesar de não ter marcado humor deprimido ou perda de interesse). Diagnósticos de 16 transtornos mentais presentes no momento da entrevista são feitos na medida que o médico não psiquiatra avança no GAC. Para maiores detalhes sobre o Prime-Md, com suas diferentes partes, vide anexo B.

Os autores formularam as questões do Prime-Md baseando-se nos critérios diagnósticos do DSM-III-R. Buscaram criar questões de fácil entendimento onde o não especialista pudesse se sentir confortável e, suas respostas na forma sim não o conduz para um diagnóstico preciso. Mesmo com características simples, os autores do projeto da pesquisa inicial optaram em ministrar treinamento aos clínicos interessados, e seguiram o modelo descrito no artigo de validação (Sptizer et al., 1994).

Para este estudo, apenas o módulo de humor foi utilizado. Ele é composto por 17 questões que permitem o diagnóstico dos seguintes transtornos depressivos que são: 1) transtorno depressivo maior atual, 2) remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior que não preenchesse critério para DM, 3) transtorno distímico, 4) transtorno depressivo menor, 5) transtorno depressivo em paciente com transtorno

afetivo bipolar e 6) transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou a doenças.

3.3.1.1 Tradução do Prime-Md

O Prime-Md para o DSM-III-R foi traduzido por 2 psiquiatras (RFJ e SGHJ). A tradução foi discutida e revisada por um estadunidense bilíngüe, residente no Brasil. Todos os aspectos transculturais foram minuciosamente vistos. Essa versão prévia foi aplicada em estudo piloto pelos autores, para verificação de usabilidade. Após todos os detalhes corrigidos, foi realizada tradução da versão em português para inglês. A versão em inglês foi remetida para apreciação pelo autor do original. As modificações sugeridas pelo autor foram realizadas e a versão em português foi finalizada.

3.3.1.2 Treinamento para aplicação do Prime-Md

O convite para que os clínicos do AGD participassem do projeto foi amplamente divulgado. Foi oferecida gratificação em dinheiro por cada entrevista realizada, de forma a se evitar a participação exclusiva daqueles com grande interesse pelo tema. Dezenove clínicos aceitaram participar do

estudo como entrevistadores. Entre esses, alguns residentes de clínica médica de 3º ano. O treinamento para o Prime-Md foi feito em aproximadamente 4 horas. Além da apresentação detalhada do questionário, foram discutidos casos de pacientes com diagnósticos de depressão entrevistados com o Prime-Md. Assim como no trabalho do autor original, não foram realizados testes para checar a confiabilidade de respostas entre os entrevistadores.

3.3.2 Avaliação de Morbidade

Avaliação de morbididade foi feita através de uma série de questões sobre utilização de serviços de saúde, atividade de trabalho e presença de doenças crônicas (ANEXO A).

3.4 Procedimentos para a coleta dos dados

No início da manhã assim como no início da tarde, a secretária do grupo de interconsultas do IPq se deslocava até o AGD e levava folhas de resposta para a pesquisa. Ao final dos períodos ela retornava para apanhá-

las preenchidas. Os clínicos que haviam sido treinados, compareceram em todos os períodos da semana, para o atendimento dos pacientes.

Após o paciente ser abordado e esclarecido acerca do escopo da entrevista para a pesquisa, o consentimento escrito era apresentado ao mesmo e assinado. O consentimento escrito respeitou o modelo e as normas estabelecidas pela Comissão de Ética do HC-FMUSP. O psicólogo aplicava o QP e ao ser chamado para atendimento, o paciente portava o questionário que era entregue ao clínico. Este iniciava a entrevista voltada para a pesquisa e findo a mesma, procedia com a consulta normalmente. A avaliação para a pesquisa iniciava pela Avaliação de Morbidade, analisava os resultados do QP e decidia qual módulo do GAC faria. Ao final da avaliação, o clínico poderia encaminhar o paciente para atendimento psiquiátrico se julgasse necessário. Ao final dos atendimentos, as folhas de resposta preenchidas foram armazenadas em pastas e então, arquivadas no Grupo de Interconsultas. A secretária digitava os resultados em banco de dados periodicamente. Ao longo do transcurso da pesquisa, os autores checaram por amostragem, a correção dos dados digitados. Ao final da fase de coleta de dados, os pesquisadores conferiram todos os dados digitados.

3.5 Análise estatística

Para a análise dos dados, a amostra de 414 pacientes foi dividida em 3 grupos: 144 pacientes com transtorno depressivo maior (DM); 82 pacientes com outras depressões (OD), que incluiu remissão parcial ou recorrência de um transtorno depressivo maior sem preencher critério para DM, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou secundário a doenças; e 188 pacientes sem transtornos depressivos (SD).

Foi realizada a análise descritiva através das medidas de tendência central, média, mediana e moda e de dispersão, desvio padrão. As variáveis idade, quantidade de visitas aos serviços de saúde, quantidade de internações e soma de dias de internação, quantidade de faltas ao trabalho (ou escola, ou afazeres domésticos) e soma de dias ausentes do trabalho (ou escola, ou afazeres domésticos) são quantitativas discretas e como não apresentaram distribuição normal optou-se pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney para análise de associação com o diagnóstico. Como os tamanhos amostrais foram superiores a 80, calculou-se a estatística Z.

As variáveis sexo, estado civil, ter utilizado serviços de saúde (sim/não), ter usado pronto-socorro (sim/não), ter usado ambulatório/posto de saúde (sim/não), ter sido internado e ter tido doença crônica (sim/não) são variáveis nominais. Para a análise de associação com diagnóstico de

depressão usou-se o teste Qui-Quadrado (X^2). O valor de p foi considerado significativo se inferior a 0,05. As análises foram realizadas pelo programa estatístico *StatView for Windows, SAS Institute Inc. Copyright © Version 5.0*.

Como a amostra analisada foi parte dos 577 pacientes do estudo de prevalência, comparou-se os 414 pacientes com o grupo de 163 pacientes excluídos do estudo atual. Não houve diferença significativa para idade (teste de Mann-Whitney, $Z = -0,078$, $p = 0,938$) ou para sexo ($X^2 = 1,530$, $p = 0,216$).

Por último realizamos uma análise de regressão logística incluindo a presença de absenteísmo como variável dependente e diagnóstico de depressão maior como independente. Incluímos no modelo a idade, sexo, estado civil, e presença de condição médica geral. Geramos o mesmo modelo para a presença de outras depressões como variável dependente.

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos demográficos

4.1.1 Idade

Análises pelo teste de Mann-Whitney não revelaram diferenças nas distribuições de idade entre os 3 grupos (tabela 1).

Tabela 1 - Idade nos diferentes grupos

	DM N= 144	OD N= 82	ND N= 188	
μ	39,3 $\pm$ 13,8	40,5 $\pm$ 14,1	42,2 $\pm$ 16,7	(DM/ND, Z= -1,228; p=0,219*)
me	38	40	40,5	(OD/ND, Z= -0,456; p=0,648*)
mo	44	30	26	(DM/OD, Z= -0,617; p=0,537*)

Nota: DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; μ , média; dp, desvio padrão; me, mediana; mo, moda; Z, teste de Mann-Whitney.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.1.2 Sexo

Houve associação estatisticamente significativa, demonstrada pelo teste de χ^2 entre o grupo DM e sexo feminino quando comparado com o grupo ND (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de acordo com sexo nos 3 diferentes grupos

	DM N= 144	OD N= 82	ND N= 188	
	n (%)	n (%)	n (%)	
feminino	112 (77,8)	58 (70,7)	126 (67)	(DM/ND, $\chi^2= 4,648$; $p=0,031$; GL=1*)
masculino	32 (22,2)	24 (29,3)	62 (33)	(OD/ND, $\chi^2= 0,362$; $p=0,547$; GL=1*)
				(DM/OD, $\chi^2= 1,392$; $p=0,238$; GL=1*)

Nota: DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.1.3 Estado civil

A distribuição quanto ao estado civil foi estatisticamente semelhante, demonstrada pelo teste de χ^2 nos 3 grupos (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de acordo com estado civil nos diferentes grupos

	DM N= 144	OD N= 82	ND N= 188	
	n (%)	n (%)	n (%)	
solteiro	36 (25)	18 (22)	55 (29,3)	
casado	81 (56,2)	50 (61)	100(53,2)	(DM/ND, $\chi^2= 3,692$; $p=0,296$; GL=3*)
separado/divorciado	19 (13,2)	10 (12,1)	16 (8,5)	(OD/ND, $\chi^2= 3,827$; $p=0,280$; GL=3*)
Viúvo	8 (5,6)	4 (4,9)	17 (9)	(DM/OD, $\chi^2= 0,490$; $p=0,921$; GL=3*)

Nota: DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.2 Utilização de Serviços de Saúde

4.2.1 Procura por Serviço Médico

Ter utilizado serviços médicos nos últimos 12 meses prévios à entrevista foi muito semelhante para os 3 grupos de acordo com o teste de χ^2 .

Por outro lado, o grupo DM utilizou mais vezes serviços de saúde que o grupo ND de acordo com o teste Mann-Whitney. Não houve diferenças significativas no número de procura de serviços de saúde entre o grupo DM comparado com o grupo OD e entre o grupo OD comparado com o grupo ND (tabela 4).

Tabela 4 – Utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (inclui pronto-socorro ou ambulatório/posto de saúde)

	DM N= 144	OD N= 82	SD N= 188	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Utilizou serviços médicos nos últimos 12 meses?	137 (95,1)	77 (94,0)	177 (94,1)	(DM/ND, $\chi^2= 0,156$; $p=0,693$; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 0,006$; $p=0,937$; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 0,159$; $p=0,690$; GL=1*)
Qual o número de vezes que utilizou serviços de saúde nos últimos 12 meses?				
$\mu \pm dp$	8,7 $\pm$ 12,0	5,4 $\pm$ 4,6	7,4 $\pm$ 26,7	(DM/ND, Z= -3,469; $p=0,000^*$)
Me	5	4	3	(OD/ND, Z= -1,284; $p=0,199^*$)
Mo	2	10	2	(DM/OD, Z= -1,751; $p=0,080^*$)

Nota:DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; SD, grupo de pacientes sem qualquer transtorno depressivo; μ , média; dp, desvio padrão; me, mediana; mo, moda; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado; Z, teste de Mann-Whitney.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.2.2 Tipo de Serviço Médico Utilizado

O uso de pronto-socorro ou ambulatório/posto de saúde nos 12 meses prévios à pesquisa não foi estatisticamente diferente entre os 3 grupos de acordo com o teste de χ^2 (tabela 5).

Tabela 5 – Utilização de pronto-socorro ou ambulatório/posto de saúde pelos 3 diferentes grupos nos últimos 12 meses

	DM N= 144 n (%)	OD N= 82 n (%)	ND N= 188 n (%)	
Psc	76 (55,5)	46 (59,7)	97 (54,8)	(DM/ND, $\chi^2= 0,136$; $p=0,712$; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 0,362$; $p=0,547$; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 0,790$; $p=0,779$; GL=1*)
amb/ps	94 (68,6)	59 (76,6)	131 (74)	(DM/ND, $\chi^2= 0,477$; $p=0,489$; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 0,243$; $p=0,621$; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 1,034$; $p=0,309$; GL=1*)
psc + amb/ps	34 (24,8)	28 (36,4)	51 (28,8)	
só psc	43 (31,4)	18 (23,4)	46 (26)	
só amb/ps	61 (44,5)	31 (40,3)	80 (45,2)	

Nota: DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; amb/ps, ambulatório e/ou posto de saúde; psc, pronto-socorro; GL, graus de liberdade, χ^2 , teste de qui-quadrado.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.2.3 Ocorrência de Internações

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos quanto a ter sido internado nos últimos 12 meses de acordo com o teste de χ^2 .

Também não houve diferenças significativas quanto ao número de internações assim como quanto à soma de dias de internação de acordo com o teste Mann-Whitney (tabela 6).

Tabela 6 – Ocorrência de internações hospitalares, sua frequência e soma de duração em dias nos últimos 12 meses

	DM N= 144 (%)	OD N= 82 (%)	ND N= 188 (%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Houve internação nos últimos 12 meses?	28 (19,4)	17 (20,7)	26 (13,8)	(DM/ND, $\chi^2= 1,887$; $p=0,169$; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 2,031$; $p=0,154$; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 0,054$; $p=0,815$; GL=1*)
Qual o número de vezes que foi internado nos últimos 12 meses?				
$\mu \pm dp$	0,3 $\pm$ 0,6	0,3 $\pm$ 0,07	0,2 $\pm$ 0,5	(DM/ND, Z= -0,121; $p=0,904^*$)
me	0	0	0	(OD/ND, Z= -0,923; $p=0,356^*$)
mo	0	0	0	(DM/OD, Z= -0,121; $p=0,904^*$)
Qual a soma de dias de internação nos últimos 12 meses?				
$\mu \pm dp$	1,3 $\pm$ 5,5	2,7 $\pm$ 9,4	0,9 $\pm$ 3,0	(DM/ND, Z= -0,783; $p=0,433^*$)
Me	0	0	0	(OD/ND, Z= -0,907; $p=0,364^*$)
Mo	0	0	0	(DM/OD, Z= -0,276; $p=0,782^*$)

Nota:DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; μ , média; dp, desvio padrão; me, mediana; mo, moda; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado; Z, teste de Mann-Whitney.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.3 Diagnóstico de doença crônica

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos quanto a ter doença crônica de acordo com o teste de χ^2 (tabela 7).

Tabela 7 – Diagnóstico de doença crônica nos 3 diferentes grupos nos últimos 12 meses

	DM N= 144 (%)	OD N= 82 (%)	ND N= 188 (%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Foi diagnosticada doença crônica?	82 (56,9)	48 (58,5)	108 (57,4)	(DM/ND, $\chi^2= 0,008$; p=0,926; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 0,028$; p=0,867; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 0,054$; p=0,815; GL=1*)
Número de doenças crônicas				
$\mu \pm dp$	0,6 $\pm$ 0,5	0,6 $\pm$ 0,5	0,6 $\pm$ 0,5	
me	1	1	1	
mo	1	1	1	

Nota:DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; μ , média; dp, desvio padrão; me, mediana; mo, moda; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.4 Absenteísmo ao trabalho, escola ou afazeres domésticos

Os grupos DM e OD responderam ter faltado mais ao trabalho, escola ou afazeres domésticos nos últimos 12 meses, estatisticamente significativos, se comparados com o grupo ND de acordo com o teste de χ^2 .

Os grupos DM e OD faltaram mais vezes e somaram mais dias de falta ao trabalho que o grupo ND de acordo com o teste Mann-Whitney (tabela 8).

Tabela 8 – Ocorrência de faltas ao trabalho, escola ou afazeres domésticos, sua frequência e soma de duração em dias nos últimos 12 meses

	DM N= 144 (%)	OD N= 82 (%)	ND N= 188 (%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Faltou ao trabalho† nos últimos 12 meses?	92 (63,9)	53 (64,6)	90 (47,9)	(DM/ND, $\chi^2= 8,446$; $p=0,003$; GL=1*) (OD/ND, $\chi^2= 6,439$; $p=0,011$; GL=1*) (DM/OD, $\chi^2= 0,013$; $p=0,910$; GL=1*)
Qual o número de vezes que faltou ao trabalho† nos últimos 12 meses?				
$\mu \pm dp$	3,0 $\pm$ 5,7	2,9 $\pm$ 5,1	2,1 $\pm$ 5,1	(DM/ND, Z= -2,927; $p=0,003^*$)
Me	1	1	0	(OD/ND, Z= -2,283; $p=0,022^*$)
Mo	0	0	0	(DM/OD, Z= -0,115; $p=0,908^*$)
Qual a soma de dias que faltou ao trabalho† nos últimos 12 meses?				
$\mu \pm dp$	9,2 $\pm$ 19,5	8,2 $\pm$ 14,7	6,5 $\pm$ 28,0	(DM/ND, Z= -2,838; $p=0,004^*$)
Me	2	2	0	(OD/ND, Z= -2,131; $p=0,033^*$)
Mo	0	0	0	(DM/OD, Z= -0,195; $p=0,845^*$)

Nota: DM, grupo de pacientes do transtorno depressivo maior atual; OD, grupo de pacientes com outros transtornos depressivos: remissão parcial ou recorrência de transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo em paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo devido ao uso de medicamentos/drogas ou doenças; ND, grupo de pacientes não deprimidos; μ , média; dp, desvio padrão; me, mediana; mo, moda; GL, graus de liberdade; χ^2 , teste de qui-quadrado; Z, teste de Mann-Whitney.

† trabalho, escola ou afazeres domésticos.

* p-valor significativo $\leq 0,05$.

4.5 Análise de regressão logística

De acordo com a análise de regressão logística, controlando-se para idade, sexo, estado civil, e presença de doenças crônicas, pacientes do grupo MD apresentaram uma razão de chance (*odds ratio*) de 1,80 ($p=0,015$; intervalo de confiança de 95%; 1,12-2,90) vezes maior de ter apresentado absenteísmo quando comparados com aqueles do grupo SD. Utilizando-se o mesmo modelo de regressão logística, pacientes do grupo OD apresentaram uma razão de chance de 1,89 ($p=0,026$; intervalo de confiança de 95%; 1,05-5,17) vezes maior de apresentar absenteísmo quando comparados com aqueles do grupo SD.

5 DISCUSSÃO

Em nossa amostra constituída por 414 pacientes de um ambulatório geral didático de um hospital escola (AGD-HC-FMUSP) encontramos uma significativa associação de transtornos depressivos com absenteísmo (ao trabalho, escola, ou afazeres domésticos) e, com maior número de consultas médicas nos 12 meses precedentes à avaliação. A associação com absenteísmo foi independente da idade, sexo, estado civil e doenças clínicas, tanto para o transtorno depressivo maior como para o grupo com outras depressões.

5.1 Absenteísmo

Associação com absenteísmo ocorreu tanto para o grupo de pacientes com DM como para aquele constituído por pacientes com OD. Esses resultados confirmaram para a nossa casuística, achados de estudos internacionais envolvendo tanto indivíduos da população geral como pacientes de atenção primária. No estudo de Broadhead et al. (1990) com indivíduos da população geral, aqueles com depressão maior apresentaram um risco 4,7 vezes maior para a ocorrência de dias de incapacitação comparados com aqueles sem depressão. Já para indivíduos com depressão menor o risco foi 1,5 maior. Nosso estudo não foi prospectivo, entretanto o grupo de pacientes com DM não apenas apresentou maior ocorrência de absenteísmo (sim/não) ($\chi^2=8.5$; $P=0,005$), como este também

ocorreu em um número maior de vezes ($P=0,003$) e por um período maior de dias ($P=0,005$) do que o grupo SD. Do mesmo modo, o grupo de pacientes com OD apresentou maior frequência para a ocorrência de absenteísmo ($\chi^2=6.4$; $P=0,011$) em um número maior de vezes ($P=0,022$) e por um período maior de dias ($Z=-2,1$; $P=0,033$) do que o grupo SD. A análise de regressão logística mostrou que a associação da ocorrência de absenteísmo com DM ($p=0,015$; OD, 1,80; 95%IC, 1,12-2,90) e com OD ($p=0,026$; OD, 1,89; 95%IC, 1,05-5,17) foi independente do sexo, idade, estado civil e presença de doença clínica.

Herrman et al. (2002) investigaram em pacientes de atenção primária, absenteísmo ao trabalho em um período de 3 meses. Os pacientes com mais de 20 pontos no CES-D perderam em média $6,2 \pm 10,1$ dias e aqueles com menos de 16 pontos, $5,2 \pm 9,1$ dias. Em nosso estudo, foram $9,2 \pm 19,5$ dias perdidos em 12 meses pelos pacientes com DM e $6,5 \pm 28,0$ dias perdidos em 12 meses pelos pacientes SD. Comparando ambos os trabalhos, a quantidade de dias de trabalho perdidos não foi proporcional ao que se poderia esperar em função de termos avaliado absenteísmo em relação a um período de tempo 4 vezes maior do que o utilizado por Herrman et al.. Embora de imediato, a conclusão pudesse ser que nossos pacientes sofreram relativamente um menor impacto da depressão, acreditamos que diferenças metodológicas (ex: diferentes critérios de depressão) impeçam esse tipo de comparação. Por outro lado, nossos dados confirmaram a existência de um número maior de dias sem trabalhar

(ou freqüentar a escola) associado à DM em uma amostra de pacientes de um ambulatório de clínica médica em um hospital escola no Brasil.

Embora nossos dados já sejam sugestivos de um significativo impacto da depressão na ocorrência de absenteísmo, acreditamos que a associação entre a depressão e atividades escolares e de trabalho possa ser ainda maior. Utilizamos o parâmetro perda de um dia de trabalho (fora de casa ou doméstico) ou um dia na escola por ser mais fácil de mensurar objetivamente. A depressão tem sido associada a comprometimento da concentração e memória (Sapolsky et al., 2000), o que pode potencialmente causar uma redução no desempenho profissional ou acadêmico (Aronen et al 2005), difícil de ser mensurada e possivelmente não reconhecida como sintoma depressivo pelos pacientes. De fato, vários estudos tem apontado a existência de comprometimento do desempenho profissional associado à depressão (Adler et al 2004; Stewart et al 2003; Wang et al 2004). Um aspecto a ser considerado é que o absenteísmo é relativamente objetivo e quando presente pode ajudar o clínico a suspeitar de depressão.

5.2 Utilização de serviços de saúde

Considerando-se nossa amostra como um todo, a taxa de utilização de serviços de saúde nos 12 meses prévios ao estudo foi elevada tanto no grupo com DM, como naqueles com OD e SD (95,1%, 94% e 94,1%

respectivamente). Esses achados são semelhantes àqueles do estudo denominado LIDO feito por Chisholm et al. (2003) e Herrman et al. (2002), onde avaliaram utilização de serviços de saúde por deprimidos com e sem morbidade clínica. Porto Alegre foi um dos centros participantes e os resultados locais mostraram que a taxa de procura por ambulatório de atenção primária foi de 95,4% nos 3 meses prévios. Em nosso estudo o período de avaliação foi mais longo, 12 meses. Também, com relação a outro parâmetro averiguado, o número de visitas aos serviços de saúde, nossa amostra fez em média 5,4 a 8,7 visitas em 12 meses. A média de vezes de procura por um serviço de saúde em nossos pacientes com DM foi de $8,7 \pm 12$, enquanto que para os 6 locais diferentes do LIDO, as médias foram de 1,5 a 8,0 visitas em 3 meses, para todos os diferentes subgrupos. Em nosso caso, os pacientes não procuraram exclusivamente ambulatórios ou posto de saúde, mas também pronto-socorro, o que poderia sugerir uma comorbidade clínica mais grave, mas infelizmente no estudo LIDO a procura por pronto-socorro não foi investigada. Em nosso estudo, a soma média de dias internados foi de 1,3 a 2,7 dias nos últimos 12 meses, enquanto que no LIDO foi de 0,1 a 0,2 dias nos últimos 3 meses, o que sugere que nossos pacientes foram internados por um número relativamente maior de dias; afirmação que é limitada pelas diferenças metodológicas.

Considerando-se diferenças entre os grupos, pacientes com DM comparados com aqueles SD utilizaram os serviços de saúde em um número significativamente maior de vezes durante os 12 meses anteriores à avaliação ($Z=-3,5$; $P=0,0005$). Pacientes com OD não diferiram em relação

àqueles SD, o que pode indicar que a diferença na gravidade da depressão é essencial para determinar a utilização mais freqüente dos serviços de saúde. Por outro lado pacientes com OD também não diferiram significativamente daqueles com DM ($Z=-1,8$; $P=0,08$). Embora esses níveis de significância talvez pudessem indicar uma tendência daqueles com DM a utilizar mais freqüentemente os serviços de saúde, em função das várias comparações feitas nesse estudo, aumentando a probabilidade de erros tipo 1 (rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira)(Ludbrook 1998), optamos por não assumir esta posição. Outro aspecto a ser considerado é o número relativamente menor de pacientes com OD comparado àqueles com DM, respectivamente 82 e 144. Poder-se-ia argumentar que se o número de pacientes com OD fosse maior o teste estatístico teria mais poder e poderia detectar uma diferença. Embora isso pudesse ocorrer, optamos por defender que se esta diferença fosse de fato clinicamente relevante poderia ser detectada com 82 pacientes, como ocorreu em relação ao absenteísmo. Mesmo que os pacientes com DM tivessem procurado serviços de saúde em um número maior de vezes do que aqueles SD, não encontramos diferenças em relação ao tipo de serviço procurado, ou seja, se pronto-socorro ou ambulatório/centro de saúde. A investigação desta eventual especificidade por um tipo de atendimento nos pareceu relevante, uma vez que pacientes com DM poderiam procurar mais serviços de emergência por não tolerarem a espera da consulta ambulatorial ou por terem mais complicações pela doença clínica em função de uma menor aderência ao tratamento médico.

5.3 Internações

Pacientes com DM ou com OD não diferiram entre si ou em relação àqueles SD quanto à ocorrência de internação, número de internações ou número de dias de internação em 12 meses. Uma possível explicação para esta não associação com hospitalizações é que o impacto da morbidade depressiva não foi tão intenso a ponto de causar uma necessidade de internação, embora fosse o suficiente para acarretar um maior número de visitas a serviços de saúde.

5.4 Doenças crônicas

O perfil de pacientes atendidos no AGD mostrou heterogeneidade de morbidade clínica, característica esperada em um ambulatório de clínica geral de um hospital universitário terciário. Para a amostra de 414 pacientes, 175 (42,3%) não apresentaram doenças crônicas, 186 (44,9%) pacientes apresentaram 1 doença crônica, 40 (9,7%) pacientes apresentaram 2 doenças crônicas, 10 (2,4%) pacientes apresentaram 3 doenças crônicas e menos de 1% (4) apresentaram 4 ou mais doenças crônicas. Em média, os pacientes da amostra procuraram pronto-socorro ou ambulatórios/posto de saúde 7,8 vezes nos últimos 12 meses. É de se esperar que outros hospitais

públicos de atenção terciária recebam pacientes com perfil semelhante, entretanto continuamos a acreditar que cada serviço de saúde deva procurar identificar possíveis particularidades de sua casuística.

5.5 Características demográficas

É comum em estudos de avaliação de depressão em atenção primária, uma preponderância do sexo feminino. Em nossa amostra a proporção foi de 67 a 77% de mulheres, semelhante a do estudo de Chisholm et al. (2003) que encontrou 61 a 75%.

A média de idade em nosso estudo (39 a 42 anos) também foram bastante similar às daquelas de outros estudos. As médias do estudo de Chisholm et al. (2003) foram de 39 a 47 anos.

Quanto ao estado civil, em nossa amostra não houve diferenças significativas entre os 3 grupos, e a taxa de não casados foi de 39% (OD) a 46% (SD). No estudo de Herrman et al. (2002), quanto maior o número de sintomas depressivos, menor a probabilidade de se estar casado. As taxas de não casamento para Porto Alegre foi de 37% a 47% ($p < 0,001$).

5.6 Limitações

Significado da associação estatística e relação causa-efeito

Nosso estudo é do tipo transversal e conclusões em relação à etiologia ficam restritas em função deste desenho (Gagnon and Patten 2002). Deste modo ao encontrarmos associações entre DM e OD com absenteísmo ou uso de serviços de saúde, precisamos considerar que tanto os transtornos depressivos podem ter atuado como agentes causadores do maior absenteísmo e da maior procura por serviços de saúde, como o absenteísmo ou a maior procura por serviços de saúde serem fatores causais e os transtornos depressivos as conseqüências. De fato ambas as alternativas possuem suporte teórico. O impacto da doença clínica e, a elevada procura por serviços de saúde são situações estressantes e reconhecidamente o estresse aumenta o risco para a ocorrência de depressão (Kendler et al 2001), particularmente naqueles predispostos geneticamente (Caspi et al 2003). Em nossa casuística, entretanto, não encontramos uma associação entre a presença de doença clínica e DM ou OD e, embora a análise de regressão logística não indique uma direção etiológica, ela mostrou que a associação da DM e OD com absenteísmo foi independente da presença de doença clínica.

5.7 Considerações gerais

Estudos mostram que em outros países, cerca de 50% das pessoas que tem depressão têm acesso a cuidados básicos de saúde (Sartorius et al., 1993). Por outro lado, em serviços de atenção primária, pacientes com depressão compõem cerca de 10% do total de atendidos (vários). No entanto, as taxas de reconhecimento de depressão maior estão ao redor de 50% e o percentual de tratamento tende a ser menor (Ormel et al., 1996; Tiemens et al., 1996). Herrman et al. (2002) apontou a escassez de estudos a respeito do tema fora dos Estados Unidos. Seguramente o modelo de atenção primária e perfil dos pacientes atendidos no Brasil é muito diferente daqueles de outros estudos. Assim, caracterizar aspectos relacionados à depressão em nosso meio é importante e certamente não seria suficiente supor que dados provenientes de países desenvolvidos pudessem ser utilizados em nosso meio sem ressalvas, o que ressalta o valor de nosso trabalho.

O estudo atual foi desenvolvido em um ambulatório de clínica médica geral, localizado em um complexo hospitalar de nível terciário. Porém, como esse ambulatório tem claros objetivos didáticos, o perfil de pacientes é heterogêneo, variando de quadros clínicos simples a complexos. Talvez esse padrão seja comum a ambulatórios gerais como o do HC e, em postos de saúde a morbidade clínica seja menor. Em razão da escassez de atendimento em serviços de atenção primária, comum em grandes centros

do país, há intensa busca de atendimento por parte da população em hospitais de atenção terciária. Geralmente nos grandes hospitais há um setor de triagem que reencaminha o paciente novamente para o serviço adequado as suas necessidades. O resultado é excesso de demanda em todos os níveis de atenção. Assim, o AGD representa uma situação habitual no sistema de saúde brasileiro de grandes centros urbanos. Os locais de atenção primária de fato são postos de saúde localizados nos diversos bairros de uma cidade. Nesses locais, o volume de médicos é muito pequeno e o número de pacientes menor. Caso a pesquisa fosse realizada em um desses locais certamente os custos de sua realização seriam mais elevados em razão de uma duração mais prolongada para sua execução, ou seria necessário realizar a pesquisa em vários locais diferentes. Percebemos ser vantajoso pesquisar no AGD porque seus médicos, por exercerem suas atividades em um hospital universitário, são habituados com os diferentes aspectos de uma pesquisa, o que tornou o treinamento seguramente mais breve. O AGD também ofereceu espaços físicos como salas de aula e consultórios extras, estrutura certamente incomum na rede de postos de saúde.

No entanto, a realização do estudo neste ambulatório teve que atender às limitações do financiamento. Para tanto, houve restrição a um único ambulatório estudado (ao invés de multicêntrico), dados foram obtidos em tempo relativamente curto já que contou com equipe grande de médicos clínicos, que conseguiram combinar suas atividades diárias às da pesquisa. Os profissionais de apoio permaneceram em local próximo, que poderia ser

alcançado em poucos minutos a pé, o que facilitou o suporte ao desenvolvimento da pesquisa. Em nosso país, serviços de atenção primária são identificados com o atendimento ambulatorial em postos de saúde, ou com o atendimento à família. Os estudos internacionais que abordam saúde mental em atenção primária descrevem os mais variados locais de recrutamento de pacientes incluindo-se aí ambulatórios em hospital universitário.

6 CONCLUSÕES

Apesar de nosso estudo não ser prospectivo e portanto, ser limitado para estabelecer relações etiológicas, ao lado da literatura, os resultados permitem as seguintes conclusões:

1. A associação de transtorno depressivo maior com um maior número de consultas médicas nos 12 meses anteriores à avaliação, sugere que este transtorno levou a um uso excessivo dos serviços de saúde.
2. A associação de transtorno depressivo maior com absenteísmo em relação ao trabalho, aos afazeres domésticos ou à freqüentar a escola, com o número de vezes em que houve perda de um dia produtivo e ainda com o número de dias perdidos, sugere que este transtorno levou a um prejuízo das atividades profissionais, domésticas ou acadêmicas.
3. A associação de outros transtornos depressivos, tanto com a ocorrência como com freqüência em que houve absenteísmo e também com o número de dias perdidos, sugere que o comprometimento da depressão em relação a essas atividades profissionais, domésticas ou acadêmicas se estende às formas mais leves de depressão.

7 Anexos

Anexo A

Questionário de avaliação de uso de serviços de saúde, absenteísmo ao trabalho, escola ou afazeres domésticos e morbidade clínica – Avaliação de Morbidade

AVALIAÇÃO DE MORBIDADE	
NOME: _____	
RG HC: _____	SEXO: () M (X) F IDADE: 46 ANOS
EST. CIVIL: () SOLT (X) CAS () SEPARADO/DIVORCIADO () VIÚVO	
<p>1) Procurou serviço médico nos últimos 12 meses? (X) S () N</p> <p>2) Quantas vezes procurou serviço médico nos últimos 12 meses?: 2 vezes</p> <p>3) Que tipo de serviço procurou? () Pronto-socorro (X) Ambulatório/posto de saúde Outro () _____</p> <p>Teve alguma internação nos últimos 12 meses?: () S (X) N</p> <p>4) Quantas vezes? _____ vezes. Por quantos dias (somar os dias)? _____ dias</p> <p>5) Faltou algum dia ao serviço ou à escola ou não conseguiu trabalhar em casa por motivos de saúde nos últimos 12 meses? (X) S () N</p> <p>6) Se sim, quantas vezes? 1 vezes. Quantos dias? 1 dias</p> <p>7) O paciente tem alguma doença crônica? () S (X) N</p> <p>8) Se sim, a que grupo pertence? () cardiovascular () infecciosa () endócrina () neurológica () reumatológica () gastrointestinal () psiquiátrica () dermatológica () ortopédica () ginecológica () oncológica () alérgica/imunológica () outros</p> <p>9) A procura a serviço médico (<u>pergunta 1</u>) foi devido à doença da <u>pergunta 7</u>? () S (X) N</p> <p>10) Se não à <u>pergunta 9</u>, foi feito o diagnóstico? (X) S () N</p>	
Paciente é : PRIME-MD positivo para depressão (X) PRIME-MD negativo para depressão ()	

Anexo B

Questionário diagnóstico para transtornos mentais. Questionário de triagem (QP), manual para aplicação do Prime-Md (inclui questionário diagnóstico – GAC)

QUESTIONÁRIO DO PACIENTE			
Atualizado para o DSM-IV			
Nome: _____		Idade: _____	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino		Data: _____	
<p>INSTRUÇÕES: Este questionário ajudará na compreensão dos problemas que você pode ter. Pode necessário perguntar-lhe mais sobre alguns desses itens. Pôr favor esteja certo de assinalar quadradinho para todos os itens.</p>			
No último mês você tem se incomodado muito com:		Durante o mês passado....	
	Sim Não		Sim Não
1. Dor de estômago	☐ ☐	12. Constipação, intestino solto ou diarreia	☐ ☐
2. Dor nas costas, lombar	☐ ☐	13. Náusea, gases ou indigestão	☐ ☐
3. Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadris, etc.)	☐ ☐	14. Sentir-se cansado (a) ou com pouca energia	☐ ☐
4. Dores ou problemas menstruais	☐ ☐	15. Problemas com o sono	☐ ☐
5. Dor ou problemas durante as relações sexuais	☐ ☐	16. Sua alimentação estar fora de controle	☐ ☐
6. Dores de cabeça	☐ ☐	17. Pouco interesse ou prazer para fazer as coisas	☐ ☐
7. Dor no peito spell dim	☐ ☐	18. Sentir-se "para baixo", deprimido(a) ou sem esperanças	☐ ☐
8. Tonturas, vertigens	☐ ☐	19. Nervosismo, sentir-se ansioso ou inquieto	☐ ☐
9. Desmaios	☐ ☐	20. Preocupar-se com muitas coisas diferentes	☐ ☐
10. Sentir seu coração acelerado, com palpitação	☐ ☐	21. Você teve uma crise de ansiedade (subitamente sentiu medo ou pânico)	☐ ☐
11. Falta de ar	☐ ☐	22. Você pensou que deveria diminuir o quanto você bebe de álcool	☐ ☐
		23. Alguém se queixou de você beber	☐ ☐
		24. Você sentiu culpado ou aborrecido pôr causa da bebida	☐ ☐
		25. Houve algum dia em que você bebeu 5 ou mais doses de cerveja, vinho ou destilados	☐ ☐
		Globalmente você diria que sua saúde é:	
		Excelente ☐	
		Muito boa ☐	
		Boa ☐	
		Razoável ☐	
		Ruim ☐	

MANUAL DE INSTRUÇÕES
Atualizado para DSM-IV

PrimeMD

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Atualizado para DSM-IV

PRIME-MD foi desenvolvido por Robert L. Spitzer, MD, Janet B. W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD e David Brody, MD e subscrito por um fundo educacional irrestrito da Pfizer Inc.

Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute,
722 West 168th Street, Unit 74,
New York, NY 10032 (Drs Spitzer e Williams).

Tradução para o Português
Prof. Dr. Renério Fráguas Jr
Dr. Sérgio G. Henriques Jr

Projeto Depressões Secundárias - Interconsultas - Instituto de Psiquiatria do
Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídeo Pires de Campos S/N CEP 05403010

Índice

Introdução.....	01
Como Usar o PRIME-MD.....	03
Definições de Diagnósticos Cobertos pelo PRIME-MD e Opções de Tratamento.....	07

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO

Transtornos psiquiátricos são apresentados como condições primárias ou associadas em pelo menos 20% com os pacientes ambulatoriais.^{1,2} Realmente a maioria dos pacientes com Transtornos Psiquiátricos são atendidos em um serviço de atenção primária e não em um setor de saúde mental.^{3,4} Quatro transtornos – humor (depressão), ansiedade, somatoforme e de uso de álcool - respondem pela maioria dos transtornos psiquiátricos vistos em atenção primária.^{4,5} Estudos tem mostrado consistentemente que médicos em consultórios falham ao diagnosticar e tratar em mais de 50% dos casos esses transtornos comuns,^{6,7} o que resulta em sofrimento substancial do paciente, desadaptação e custos elevados ao serviço de saúde.^{5,8,9}

Prime-MD é um sistema que proporciona o reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais mais comuns em adultos em serviços de atenção primária. Isto é obtido através do fornecimento de questões padronizadas que focam diretamente sintomas-chave e diagnósticos e pelo uso de um modelo de árvore de decisões que facilita o diagnóstico diferencial. Depois de ler o manual de instruções e usar o sistema Prime-MD com poucos pacientes, o médico de atenção primária deverá ser capaz de avaliar a maior parte dos pacientes em 5 a 10 minutos.

FLEXIBILIDADE DO USO

Prime-MD pode ser usado como triagem em pacientes novos ou antigos, sem considerar sua queixa principal, ou usado naqueles onde o clínico suspeita de um desajuste psicológico significativo, mas a natureza exata não é clara. O clínico pode usar todos os módulos ou pode escolher apenas aqueles módulos de particular interesse, como o módulo para humor ou ansiedade.

MATERIAIS

O Prime-MD tem 2 componentes. O primeiro é o **Questionário do Paciente (QP)** constituído de uma página, que o paciente completa antes de ser atendido pelo clínico. O QP consiste de 25 questões sim/não e uma única questão acerca de saúde global. As 25 questões sim/não são organizadas em 5 grandes módulos diagnósticos, cobrindo transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência. O segundo componente do Prime-MD é um **Guia de Avaliação Clínica (GAC)**, o qual o clínico usa para obter informações adicionais das áreas de diagnóstico onde o paciente responde positivamente no QP.

O GAC pode se administrado em qualquer momento da consulta do paciente, mas geralmente é administrado depois que o motivo da consulta foi relatado. Diagnósticos de transtornos mentais atuais são feitos na medida que o clínico avança no GAC que é dividido em 5 módulos cobrindo transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência. Depois de completar a entrevista, o clínico anota os diagnósticos atuais do paciente na última página do GAC, na Folha de Resumo. O QP e a Folha de Resumo podem ser incluídos no prontuário do paciente.

VALIDAÇÃO

Um estudo com o Prime-MD em 1000 pacientes foi realizado em 4 serviços de atendimento primário e indicou que mais de um terço tinha um diagnóstico ao Prime-MD de transtorno mental, e que esses pacientes tinham um significativo maior comprometimento funcional em uma variedade de áreas que os pacientes sem diagnóstico pelo Prime-MD, ainda que ajustados para idade, gênero, minorias e um número de Transtornos físicos. Baseado em entrevistas independentes por um profissional de saúde mental, o Prime-MD demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade) para os grupos diagnósticos maiores quando aplicado por médicos de serviços de atenção primária .

COMO UTILIZAR O PRIME- MD

QUESTIONÁRIO DO PACIENTE (QP)

O paciente deve completar o QP na sala de espera. Deve ser explicado ao paciente que o QP auxilia o clínico a melhor compreender seus sintomas. Geralmente o paciente apresenta o QP completamente preenchido e o clínico decide se é necessário utilizar um ou mais módulos do GAC.

GUIA DE AVALIAÇÃO DO CLÍNICO (GAC)

A primeira página do GAC revisa instruções básicas para administração e dá sugestões para introdução.

Princípios Gerais:

1. Na versão colorida do GAC, instruções ao entrevistador são impressas em azul e/ou em quadros e sombreadas em azul. Diagnósticos estão em quadros e são sombreados em vermelho. Em uma versão branco e preto (reprodução), instruções ao entrevistador são impressas em negrito e diagnósticos estão em quadros e impressos em *itálico*. Questões que o entrevistador faz ou colocações ao paciente estão em tipos regulares em ambas as versões.

2. Complete aqueles módulos assinalados pelo QP como indicado em uma série de 5 quadros na página de rosto do GAC. Se o entrevistador suspeita que o paciente pode ter um Transtorno em um módulo não assinalado pelo QP (paciente parece deprimido apesar de não ter marcado humor deprimido ou perda de interesse no QP), o entrevistador pode ainda completar esse módulo.
3. Dentro de cada módulo, sempre proceda seqüencialmente de questão em questão ao menos que haja instruções “vá para” uma outra questão ou para “SAÍDA” do módulo. Lembre-se: Sempre vá para a próxima questão a menos que instruído a ir para outro lugar.
4. “SAÍDA” sempre significa sair do módulo. Então vá para o próximo módulo a ser avaliado ou para a última página do GAC, a Folha de Resumos.
5. O entrevistador pode suplementar as questões solicitando mais informações. O entrevistador pode também discutir com o paciente o significado dos achados do GAC.

Módulo de Humor

Este módulo começa com questões considerando nove sintomas característicos do Transtorno Depressivo Maior. Se 5 ou mais destes sintomas são assinalados “Sim”, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é feito. Se não, considerar Remissão Parcial de Transtorno Depressivo Maior ou então Distímia. Finalmente, se Transtorno depressivo não foi diagnosticado, considerar Transtorno depressivo menor.

Se a resposta do paciente à questão #16 a respeito de ter recebido Lítio ou ter sido diagnosticado como maníaco-depressivo sugerir a possibilidade de Transtorno Bipolar,

então R/O Transtorno Bipolar deve ser adicionado ao diagnóstico de Transtorno depressivo que já tinha sido feito. Apesar de menos comum, Transtorno Bipolar é importante de se reconhecer porque geralmente requer tratamento diferente de outros Transtornos do humor.

O último item do Módulo de Humor, a questão #17, pergunta ao clínico se uma transtorno físico, medicação ou outra droga é fisiologicamente causadora de sintomas depressivos. Exemplos de possíveis agentes etiológicos incluem hipotireoidismo, alguns transtornos de sistema nervoso central (Acidente Cerebrovascular, doença de Parkinson), medicações anti-hipertensivas e uso de alucinógenos. Se a resposta à questão é “Sim” ou “Incerto”, o diagnóstico adicional de Transtorno Depressivo R/O devido à Transtorno Físico, Medicação ou Outras Drogas é feito.

Módulo de Ansiedade

Este módulo primeiro avalia Transtorno do Pânico e então Transtorno de Ansiedade Generalizada. A instrução inicial para Transtorno do Pânico orienta o entrevistador a pular da seção se a questão #21 do QP acerca de ataques de ansiedade é “Não.” Se Transtorno do Pânico foi ou não considerado, o entrevistador deve então acessar a possibilidade de Transtorno de Ansiedade Generalizada.. Se há sintomas de ansiedade significativos, mas não preenche critérios para Transtorno do Pânico ou Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação é diagnosticada. Finalmente, se algum Transtorno ansioso foi diagnosticado, o entrevistador deve considerar o diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade R/O Devido a Transtorno Físico, Medicação ou Outras Drogas (questão #45). Exemplos de possíveis agentes etiológicos incluem o hipertireoidismo, feocromocitoma, uso excessivo de cafeína e o uso de estimulantes tais como anfetaminas e cocaína.

Módulo de Álcool

Cinco questões são perguntadas acerca de vários sintomas do abuso de álcool. Esta seção tem 3 questões utilizadas do bem conhecido instrumento para dependência de álcool, o CAGE.¹¹ Uma resposta positiva de alguma destas questões do GAC é suficiente para um diagnóstico de Provável Abuso/Dependência de Álcool. Um baixo limiar é usado para fazer o diagnóstico devido à alta prevalência de negação em pacientes com sérios problemas com álcool. Ao mesmo tempo, o diagnóstico é apenas provável, necessitando de outras informações do paciente ou de informantes que confirmem ou questionem esse diagnóstico. A proposta primária deste módulo é alertar o clínico para a possibilidade de um problema com álcool, não é feita distinção entre Abuso de Álcool ou Dependência.

Módulo Alimentar

Este módulo identifica Bulimia Nervosa Purgativa e Não Purgativa e Transtorno do Comer Compulsivo, um novo diagnóstico de Transtorno alimentar.

Módulo Somatoforme

O clínico determina se 3 ou mais dos sintomas físicos assinalados “Sim” no QP (itens 1 a 15) são somatoformes, ou seja, que eles careçam de uma explicação física adequada para explicar sua severidade e desadaptação associada, apesar de um razoável aproveitamento.

Se Depressão Maior ou Transtorno do Pânico é também presente, sintomas físicos que são parte de critérios diagnósticos para aqueles Transtornos não são considerados somatoformes (por exemplo, palpitações ou fôlego curto com Transtorno do Pânico e fadiga e insônia com Depressão Maior).

Se o paciente teve esses sintomas ou outros pobremente explicados por pelo menos muitos anos, o diagnóstico de Transtorno Multissomatoforme é feito.

DEFINIÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS COBERTOS PELO PRIME-MD E OPÇÕES DE TRATAMENTO

Os diagnósticos do PRIME-MD são baseados nos critérios diagnósticos contido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, quarta edição (DSM-IV).¹² Os critérios diagnósticos do DSM-IV foram modificados para facilitar seu uso em serviços de atenção primária. Alguns diagnósticos que são subclínicos são também incluídos porque pode ser relevante para o manuseio clínico do paciente.

Tratamento com agentes psicofarmacológicos tais como antidepressivos sempre incluem uma discussão com o paciente considerando a medicação e seus efeitos colaterais e determinação da eficácia do tratamento. Tratamento com psicoterapia inclui psicoterapia formal e terapia comportamental, assim como interações suportivas e de aconselhamento.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E OPÇÕES DE TRATAMENTO

Transtornos do Humor

Critérios Diagnósticos

Opções de Tratamento

Transtorno Depressivo Maior: Nas últimas 2 semanas aproximadamente todos os dias, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, com pelo menos 5 sintomas característicos.

Antidepressivos e/ou psicoterapia. Pacientes com risco suicida significativo, prejuízo funcional importante ou características psicóticas devem ser encaminhados ao psiquiatra.

Remissão Parcial de um Transtorno Depressivo Maior: No último mês, pouco mais dos 5 sintomas característicos necessários para um diagnóstico de um episódio atual de Transtorno Depressivo Maior, mas no passado, teve um episódio que provavelmente teve pelo menos 5 dos sintomas característicos. Os sintomas atuais representam uma remissão parcial de um episódio prévio de Transtorno Depressivo Maior do qual o paciente nunca se recuperou totalmente.

O mesmo para Transtorno Depressivo Maior.

Distímia: Por pelo menos 2 anos, mais dias com humor depressivo que não, que tem interferido com funcionamento social e trabalho. Pacientes com Distímia e um Transtorno Depressivo Maior superposto são frequentemente considerados como tendo uma “depressão dupla”. Tais pacientes, em geral, tem maior diminuição funcional e um prognóstico mais pobre que aqueles com Transtorno Depressivo Maior apenas.

O resultado de trabalhos controlados com Distímia¹³ indicou que o tratamento com antidepressivos é frequentemente efetivo.

Transtorno Depressivo Menor: Um período de 2 semanas com humor deprimido ou perda de interesse ou prazer e pelo menos 2 dos sintomas característicos de Transtorno Depressivo Menor. Tratamento com medicação antidepressiva e/ou psicoterapia. Pacientes com risco suicida significativo, marcado prejuízo funcional ou características psicóticas devem ser encaminhados ao psiquiatra. O diagnóstico de Transtorno Depressivo Menor é considerado apenas se nenhum dos transtornos de humor acima foi diagnosticado. Esta categoria aparece no DSM-IV como um exemplo de Transtorno Depressivo SOE.

Se início recente, reassuramento ou simples follow-up pode ser suficiente; entretanto, se os sintomas persistem ou são associados com prejuízo funcional importante, então proceda como para Transtorno Depressivo Maior. Tratamento para Transtorno Depressivo Menor não tem sido bem estudado em estudos clínicos controlados, mas novamente, o tratamento tem sido referido ser frequentemente benéfico.

Transtorno Bipolar R/O: Se algum dos diagnósticos de Transtorno depressivo é feito, e no passado um médico tenha diagnosticado Transtorno Maníaco-Depressivo ou tenha prescrito lítio, Transtorno Bipolar R/O é adicionado a algum outro diagnóstico de Transtorno depressivo.

Encaminhar para diagnóstico definitivo: o seguimento junto com um psiquiatra é indicado.

Transtorno Depressivo R/O devido à Doença Física, Medicação ou Outra Droga: Se os sintomas depressivos atuais são provavelmente devidos a efeitos biológicos de um doença física, medicação ou outra droga (não apenas uma reação psicológica a dor ou desadaptação pela doença), esta categoria é adicionada a algum outro diagnóstico de Transtorno depressivo.

Tratamento da causa de base. Alguns pacientes podem também se beneficiar de psicofármacos e tratamento psicológico de sintomas depressivos.

Transtornos Ansiosos

Critérios Diagnósticos

Opções de Tratamento

Transtorno do Pânico: Ataques de pânico recorrentes que algumas vezes ocorrem em situações nas quais o paciente não espera sentir-se nervoso ou desconfortável, com ansiedade acerca da recorrência ou significado. Um ataque de pânico é um súbito início de medo ou desconforto, com pelo menos 4 sintomas característicos. Frequentemente, pacientes com Transtorno do Pânico evitam lugares ou situações nas quais eles sentem medo ou possam ter um ataque de pânico, tais como lugares longe de casa ou locais cheios de gente. Há evidência de que pacientes com Transtorno do Pânico tem um risco aumentado de suicídio.

Antidepressivos ou ansiolíticos são frequentemente efetivos. Encaminhar a um profissional de saúde mental para psicoterapia formal é de utilidade para alguns pacientes.

Transtorno de Ansiedade Generalizada: Por pelo menos 6 meses, sentimentos de ansiedade, preocupações excessivas com muitas coisas diferentes e pelo menos 3 sintomas adicionais de ansiedade.

Tratamento específico para este Transtorno não é bem estabelecido. Psicoterapia e/ou tratamento com benzodiazepínicos podem ser efetivos para alguns pacientes.

Transtorno Ansioso sem Outras Especificações: Sentimentos de ansiedade durante o último mês; entretanto, não preenche critérios para Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Como para Transtorno de Ansiedade Generalizada. Entretanto, se de início recente, simples reassseguramento ou follow-up pode ser suficiente.

Transtorno de Ansiedade R/O devido a Doença Física, Medicação ou Outra Droga: Se os sintomas ansiosos atuais são provavelmente devidos a efeito biológico de um doença física, medicação ou outra droga (não apenas reação psicológica a dor ou desadaptação pela doença), esta categoria é adicionada a algum outro diagnóstico de Transtorno Ansioso.

O mesmo que para Transtorno Depressivo devido à doença física, medicação ou outra Droga.

Abuso de Álcool/Dependência

Critérios Diagnósticos

Provável Abuso/Dependência de Álcool: Um problema recorrente, psicológico, social ou físico clinicamente significativo nos últimos 6 meses que é causado ou exacerbado pelo álcool. A proposta primária deste diagnóstico é alertar ao médico para a possibilidade de um problema com álcool, não é feita a distinção entre abuso e dependência.

Opções de Tratamento

Encaminhar aos Alcoólicos Anônimos ou a um profissional de saúde mental especializado no tratamento de Transtornos de adicção. Se o problema é abuso ao invés de dependência, aconselhamento por um médico pode ser efetivo.

Módulo de Transtorno Alimentar

Critérios Diagnósticos

Bulimia Nervosa: Comer compulsivamente uma média de 2 vezes por semana por pelo menos 3 meses, com vômito compensatório, uso de laxativos, jejum ou exercícios excessivos para evitar ganho de peso. Um comer descontrolado é definido como uma alimentação dentro de um período de 2 horas que outros considerariam como uma incomum grande quantidade de comida, acompanhada pelo senso de estar sendo incapaz para controlar o que ou quanto comer.

Opções de Tratamento

Considerar antidepressivos, encaminhar para um profissional de saúde mental com especialização em tratamento de Transtornos Alimentares ou encaminhar para um grupo de auto-ajuda.

Transtorno do Comer Compulsivo: O mesmo que Bulimia Nervosa mas sem o uso regular de vômitos, laxativos, jejum ou exercícios excessivos para compensar um comer compulsivo. Geralmente, indivíduos com esse Transtorno tem sobrepeso e frequentemente uma longa história de peso instável por causa de esforços repetidos mas sem sucesso para perder peso. Esta categoria aparece no DSM-IV como um exemplo de Transtorno Alimentar SOE.

O mesmo que para Bulimia Nervosa.

Módulo de Transtornos Somatoformes

Critérios Diagnósticos

Opções de Tratamento

Transtorno Multissomatoforme: Três ou mais sintomas somatoformes: sintomas físicos que tem incomodado muito o paciente no mês passado mas para o qual, depois de razoável exame minucioso, não há explicação física adequada para sua severidade e desadaptação associada pode ser estabelecida. Ainda, sintomas físicos similares inexplicados tem estado presentes por muitos anos passados. Se um Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno do Pânico está também presente, sintomas físicos que são parte dos critérios diagnósticos para aqueles Transtornos não são considerados somatoformes (por exemplo palpitações, ou fôlego curto com Transtorno do Pânico ou fadiga e insônia com Depressão Maior). Este diagnóstico corresponde ao diagnóstico do DSM-IV Transtorno Somatoforme Indiferenciado, mas a definição subclínica tem sido de maior utilidade em serviços de atenção primária. Pode ser conceituado como um diagnóstico pelo DSM-IV de Transtorno de Somatização subclínico e menor.

Estar atento com o alto potencial de exames diagnósticos desnecessários ou encaminhamentos. Dar follow-up regular e reassuramento.

Transtorno Somatoforme sem Outra Especificação: O mesmo que para Transtorno Multissomatoforme mas de duração não especificada.

O mesmo que para Transtorno Multissomatoforme.

PrimeMD

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS PARA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Atualizado para o DSM-IV

Instruções

1. Instruções a você são impressas em azul e/ou em quadros sombreados de azul. Questões ou colocações que você faz ao paciente são impressas em preto.
2. Dentro de cada módulo, proceda seqüencialmente de questão a questão a menos que a instrução seja ir para uma outra questão ou sair do módulo. Lembre-se: sempre vá para a questão seguinte a menos que a instrução seja ir para outro lugar.
3. Diagnósticos estão em quadros com fundo vermelho.
4. Saída significa sair do módulo que você está. Então vá para o próximo módulo que deve ser avaliado ou para a Folha de Resumos na última página.

Nome do Paciente: _____

Nome do Médico _____

Data ____/____/____

Introdução ao Paciente

Deixe-me ver suas respostas do questionário (QP). Eu vou fazer algumas perguntas para que você me ajude a compreender alguns dos sintomas que você assinalou. Eu vou anotar ao longo de nossa entrevista.

INICIANDO OS MÓDULOS DO GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA (GAC)

Inicie os módulos na ordem na qual eles aparecem no GAC (primeiro Humor, segundo Ansiedade e Somatoforme por último)

Escolha os módulos para iniciar baseado nas respostas do paciente ao QP como segue:

Pelo menos três de #1 a #15 Somatoforme	#16 Alimentar	#17 ou #18 Humor	#19, #20 ou #21 Ansiedade	Pelo menos um de #22 a #25 Álcool
---	------------------	------------------------	------------------------------	---

Algum módulo não assinalado no questionário do paciente pode ser iniciado se você tem outras razões para suspeitar de um diagnóstico naquele módulo.

O PRIME-MD foi desenvolvido por Robert L. Spitzer, MD, Janet B. W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD e David Brody, MD e subscrito por um fundo educacional irrestrito da Pfizer Inc.

Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute,
722 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (Drs Spitzer e Williams).

Tradução para o Português: Dr. Renério Fráguas Jr; Dr. Sérgio G. Henriques Jr
Projeto Depressões Secundárias - Interconsultas - Instituto de Psiquiatria do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídeo Pires de Campos S/N CEP 0540301

MÓDULO DE HUMOR

Depressão Maior		
Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas <u>quase todos os dias</u> ?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?	Sim	Não
2. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia?	Sim	Não
3. Pouco apetite ou comendo demais?	Sim	Não
4. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentindo-se "para baixo", deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo -- ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família "para baixo"?	Sim	Não
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar o mais inquieto ou irrequieto do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto - movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se Sim: Fale-me à respeito.	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	Sim	Não

↓
Transtorno
Depressivo
Maior
vá para #12

REMISSÃO PARCIAL DE DEPRESSÃO MAIOR		
<p>11. Houve uma época quando você era ou muito <u>mais</u> "para baixo" ou deprimido (a), ou ainda tinha <u>menos</u> interesse ou prazer em fazer as coisas?</p> <p>Se Sim: Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas?</p> <p>Considere Sim apenas se, no passado, paciente provavelmente tivesse 5 dos sintomas #1 a #9 e reconhece na atualidade algum humor depressivo, pouco interesse ou pouco prazer.</p>	<p>Sim</p> <p>Remissão Parcial de transtorno depressivo maior</p>	<p>Não</p>
<p>DISTÍMIA</p> <p>12. Durante os dois últimos anos, você freqüentemente tem se sentido "para baixo" ou deprimido, ou teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?</p> <p>Considere Sim apenas se também for Sim para: Foi assim mais da metade dos dias nos últimos 2 anos?</p>	<p>Sim</p>	<p>Não</p> <p>vá para #14</p>
<p>13. Nos <u>últimos 2 anos</u>, isso tem freqüentemente trazido dificuldades para você fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas.</p>	<p>Sim</p> <p>Distímia, vá para #16</p>	<p>Não</p>
<p>DEPRESSÃO MENOR</p> <p>14. Foi diagnosticado Depressão Maior (incluindo remissão parcial) em #10 ou #11?</p>	<p>Sim</p> <p>vá para #16</p>	<p>Não</p>
<p>15. As respostas foram Sim em 2 ou mais questões em #1 a #9 (uma das quais é #4 ou #5)?</p>	<p>Sim</p> <p>Transtorno Depressivo Menor</p>	<p>Não--</p> <p>saída</p>
<p>BIPOLAR</p> <p>16. Alguma vez um médico lhe disse que você tinha um transtorno maniaco-depressivo, um transtorno do humor ou era bipolar, ou lhe prescreveu Lítio?</p> <p>Se Sim: Quando foi? Você sabe por que?</p>	<p>Sim</p> <p>Adicione R/O Transtorno Bipolar</p>	<p>Não</p>
<p>DEPRESSÃO DEVIDO A UMA DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRAS DROGAS</p> <p>17. Os sintomas depressivos atuais decorrem provavelmente de efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?</p>	<p>Sim--- ou em dúvida--</p> <p>Adicione R/O Transtorno Depressivo Menor devido a uma doença física, medicação ou outras drogas</p> <p>saída</p>	<p>Não</p> <p>saída</p>

MÓDULO DE ANSIEDADE

PÂNICO

Se a questão #21 do questionário do paciente (crise de ansiedade) está assinalada Não, vá para #33

18. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês, Isso já aconteceu antes?

Sim

Não

vá para
#33

19. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere?
Se não está claro: Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável?

Sim

Não

vá para
#33

20. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você?

Sim

Não

Considere Sim se alguma vez esteve presente.

vá para
#33

Pense em sua última crise realmente intensa.

Vá para #32 assim que você checkou 4 sintomas que ocorreram durante a última pior crise do paciente

21. () Você teve falta de ar?

25. () Você sentiu como se estivesse se sufocando?

28. () Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar?

22. () Seu coração acelerou, deu um pulo, teve batadeira ou palpitação?

26. () Você teve ondas de calor ou calafrios?

29. () Você teve formigamento ou dormência em partes de seu corpo?

23. () Você teve dor ou pressão no peito?

27. () Você teve náusea ou desconforto no estômago, ou a sensação de que teria uma diarreia?

30. () Você teve tremores ou abalos?

24. () Você suou?

31. () Você ficou com medo de morrer?

32. Quatro ou mais de #21 a #31 assinalados?

Sim

Transtorno
do Pânico

não

Transtorno
Ansioso SOE

Ansiedade Generalizada		
33. Você tem se sentido nervoso, ansioso ou inquieto <u>na maioria dos dias no último mês?</u>		<div>Sim</div> <div>Não</div> <div>vá para #44</div>
Durante o último mês você se sentiu <u>frequentemente</u> incomodado por algum desses problemas?		
34.() Sentindo-se tão inquieto que é difícil ficar parado? 35.() Cansando-se facilmente?	36.() Músculos com tensão com dor ou doloridos? 37.() Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo?	38.() Dificuldade para se concentrar nas coisas tais como ler um livro ou assistir TV? 39.() Ficar incomodado ou irritado ou facilmente?
40. Há 3 ou mais assinalados de #34 a #39?	<div>Sim</div> <div>Não</div> <div>vá para #44</div>	
41. No último mês esses problemas o dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?	<div>Sim</div> <div>Não</div> <div>Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45</div>	
42. Nos últimos 6 meses você tem estado <u>muito</u> preocupado com <u>diversas</u> coisas ? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso aconteceu durante mais da metade dos dias nos últimos 6 meses?	<div>Sim</div> <div>Não</div> <div>Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45</div>	
43. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?	<div>Sim</div> <div>Transtorno de Ansiedade Generalizada vá para #45</div> <div>Não</div> <div>Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45</div>	
44. Foram diagnosticados Transtorno do Pânico ou Transtorno de Ansiedade SOE?	<div>Sim</div> <div>Não</div> <div>saída</div>	
ANSIEDADE DEVIDO À DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRA DROGA		
45. Os sintomas de ansiedade atuais provavelmente são devidos aos efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?		<div>Sim</div> <div>dúvida</div> <div>Adicione R/O Transtorno Ansioso devido a uma doença física, medicação ou outra droga saída</div> <div>Não</div> <div>saída</div>

MÓDULO DE ÁLCOOL

<p>ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL</p> <p><u>Seção A</u></p> <p>No outro questionário você disse que...</p> <p>Se <u>SIM</u> no #22 do questionário do paciente</p> <p>Se <u>SIM</u> no #23 do questionário do paciente</p> <p>Se <u>SIM</u> no #24 do questionário do paciente</p> <p>Se <u>SIM</u> no #25 do questionário do paciente</p>	<p>...você achou que deveria diminuir o uso de bebidas alcoólicas. Por quê?</p> <p>...alguém se queixou de seu hábito de beber. Quem? Por quê?</p> <p>...você se sentiu culpado ou aborrecido com seu hábito de beber. Por quê?</p> <p>...você bebeu 5 ou mais doses num mesmo dia no mês passado. Com que frequência você bebeu essa quantidade nos últimos 6 meses? Isso lhe causou algum problema?</p>	
<p>SEÇÃO B</p> <p>Avalie as questões #46 a #50 através de qualquer uma das seguintes maneiras: 1) pergunte ao paciente cada questão; 2) considere as respostas dadas acima; ou 3) considere outras informações conhecidas a respeito do paciente, tais como informações obtidas de um familiar.</p>		
<p>46. Alguma vez um médico lhe sugeriu parar de beber por causa de um problema com a sua saúde? Considere como Sim se continuou a beber nos últimos 6 meses depois do médico ter lhe sugerido parar de beber.</p>	Sim	Não
<p>Alguma das situações seguintes aconteceu com você <u>mais de uma vez</u> nos últimos 6 meses?</p>		
<p>47. Você bebia, ficava alto pelo álcool ou de ressaca enquanto trabalhava, ia à escola ou realizava alguma atividade que necessitasse responsabilidade?</p>	Sim	Não
<p>48. Você acabou perdendo ou chegando atrasado no trabalho, na escola ou em outras responsabilidades porque você estava bebendo ou de ressaca?</p>	Sim	Não
<p>49. Você teve problemas em se relacionar com outras pessoas enquanto estava bebendo?</p>	Sim	Não
<p>50. Você dirigiu um carro depois de ter ingerido várias doses ou depois de ter bebido muito?</p>	Sim	Não
<p>51. Há pelo menos um <u>SIM</u> de #46 a #50 - OU as respostas na seção A indicam que o paciente provavelmente teve um problema com álcool nos últimos 6 meses?</p>	Sim	Não
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> provável abuso/ dependência de álcool </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">saída</div>

MÓDULO ALIMENTAR

BULIMIA NERVOSA, COMER COMPULSIVO		
52. Você come frequentemente, num período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria como uma <u>grande quantidade</u> de comida?	Sim	Não saída
53. Quando você come dessa maneira, você sente geralmente que você não consegue controlar <u>o quê</u> ou <u>o quanto</u> você esta comendo?	Sim	Não saída
54. Em média, Isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim	Não saída
55. Você costuma provocar vômitos, ou tomar mais que o dobro da dose recomendada de laxantes, para evitar ganhar peso depois que come dessa maneira?	Sim	Não vá para #57
56. Em média, isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim	Não Bulimia Nervosa, tipo purgativo saída
57. Você costuma jejuar - não comer nada durante pelo menos 24 horas - ou se exercitar por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer dessa maneira?	Sim	Não Transtorno do comer compulsivo saída
58. Em média, isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim	Não Bulimia Nervosa, tipo não purgativo saída Transtorno do comer compulsivo saída

MÓDULO SOMATOFORME

MULTISSOMATOFORME		
<p>59. Dos sintomas físicos assinalados SIM no questionário do paciente (itens #1 a #15), existem 3 ou mais que são somatoformes, isto é, que carecem de uma explanação física adequada para explicar a sua gravidade e incapacidade associadas, apesar de uma investigação clínica razoável?</p> <p><u>Nota:</u> se um transtorno depressivo maior ou o transtorno do pânico também está presente, os sintomas físicos que são parte dos critérios diagnósticos para aqueles transtornos não são considerados somatoformes (por exemplo, palpitações ou falta de ar com transtorno do pânico e fadiga ou insônia com depressão maior).</p>	Sim	Não <input type="button" value="saída"/>
<p>60. Este paciente teve esses ou outros sintomas físicos mal explicados por pelo menos muitos anos?</p>	Sim <input type="button" value="Transtorno Multissomatoforme"/>	Não <input type="button" value="Transtorno Somatoforme SOE"/>

FOLHA DE RESUMO

Nome do
paciente: _____ Número _____

Nome do
médico: _____ Data ____/____/____

RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS

Confira todos os diagnósticos efetuados nos módulos. Códigos pela CID-9 aparecem nos parênteses.

() Nenhum diagnóstico efetuado em qualquer módulo

HUMOR

- () Transtorno Depressivo Maior (296.20)
- () Remissão Parcial de transtorno Depressivo Maior (296.25)
- () Distímia (300.4)
- () Transtorno Depressivo Menor (311)
- () Transtorno Bipolar R/O (se confirmado: 296.50)
- () Transtorno Depressivo Devido a Doença Física, Medicamento ou Outra Droga
(se confirmado e devido a doença física: 293.83)
(se confirmado e devido a medicamento ou outra droga: 292.84)

ANSIEDADE

- () Transtorno do Pânico (300.01)
- () Transtorno de Ansiedade Generalizada (300.02)
- () Transtorno de Ansiedade SOE (300.00)
- () Ansiedade Devido a Doença Física, Medicamento ou Outra Droga R/O
(se confirmado e Devido a uma Doença Física: (293.89)
(se confirmado e devido a Medicamento ou Outra Droga: (292.89)

ÁLCOOL

- () Provável Abuso/Dependência de Álcool
(se confirmado Abuso de Álcool: 305.00)
(se confirmado Dependência de Álcool: 303.90)

ALIMENTAR

- () Transtorno do Comer Compulsivo (307.50)
- () Bulimia Nervosa, Tipo Purgativo (307.51)
- () Bulimia Nervosa, Tipo Não Purgativo (307.51)

SOMATOFORME

- () Transtorno Multissomatoforme (300.7)
- () Transtorno Somatoforme SOE (300.7)

8 REFERÊNCIAS

Adler DA, Irish J, McLaughlin TJ, et al.. The work impact of dysthymia in a primary care population. 2004. *Gen Hosp Psychiatry*;26:269-76.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed.. Washington (DC): APA; 1980 .

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Revised 3rd ed.. Washington (DC): APA; 1987 .

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington (DC): APA; 1994.

Aronen ET, Vuontela V, Steenari MR, Salmi J, Carlson S. Working memory, psychiatric symptoms, and academic performance at school. 2005. *Neurobiol Learn Mem*;83:33-42.

Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1100-6.

Andrew JE, Wileman SM, Howie FL, Cameron IM, Naji SA, Eagles JM. Comparison of consultation rates in primary care attenders with and without seasonal affective disorder. 2001. *J Affect Disord*;62:199-205.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151:979-86.

Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990;264:2524-28.

Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R, Meltzer H, Taub NA, Janas M Vernon J. Cross validation of a general population survey diagnostic interview: a comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 diagnostic categories. *Psychol Med*. 1999;29:1029-42.

Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42:839-46.

Carney RM, Rich MW, Freedland KE, et al. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. 1988. *Psychosom Med*;50:627-33.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. 2003. *Science*;301:386-9.

Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon GE. Depression status, medical comorbidity and resources costs. *Br J Psychiatry*. 2003;183:121-31.

Comstock GW e Helsing KJ. Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med*. 1976;6:551-63.

Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC. Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Arch Intern Med*. 1990; 150:2363-7.

Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 1:5-10.

Eaton WW, Neufeld K, Chen LS, Cai G. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:217-22.

Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;290:1880-3.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995;91:999-1005.

Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. 2002. *Can J Psychiatry*;47:149-52.

Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:405-13.

Greenberg PE, Stiglin LR, Finkelstein SN. Depression: a neglected major illness. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:419-24.

Herrman H, Diehr PP, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med*. 2002;32:889-902.

Johnson J, Weissman M, Klerman G. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*. 1992;267:1478-83.

Katon W, von Korff M, Lin E. Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273:1026-31.

Kessler RC, Zhao S, Katz SJ. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1999;156:115-23.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush J, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993;150:734-41.

Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358-68.

Ludbrook J. Multiple comparison procedures updated. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 1998;25:1032-7

Murphy JM, Monson RR, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH. Identifying depression and anxiety in a forty-epidemiologic investigation: the Stirling County Study. 1998. *Int J Methods Psychiatr Res*;7:89-109.

Murphy JM, Monson RR, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH. A comparison of diagnostic interviews for depression in the Stirling County Study: Challenges for psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:230-36.

Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Arch Gen psychiatry*. 2002;59:115-23.

Nielsen AC, 3rd, Williams TA. Prevalence by Self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:999-1004.

Pearson SD, Katzelnick DJ, Simon GE, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ. Depression among high utilizers of medical care. 1999. *J Gen Intern Med* 14:461-8.

Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:934-41.

Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):949-58

Rost K, Smith JL, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. 2004. *Med Care*;42:1202-10.

Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. 2000. *Arch Gen Psychiatry*;57:925-35.

Saravay SM, Lavin MD. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. *Psychosomatics*. 1994;35:233-52.

Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on psychological problems in general health care. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:819-24.

Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression. *JAMA*. 2001;286:1325-30.

Schulberg HC, Saul M, McClelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:1164-70.

Schulberg HC, Madonia MJ, Block M, Coulehan JL, Scott CP, Rodriguez E, Black A. Major depression in primary care practice. *Psychosomatics*. 1995;36:129-37.

Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG. Utilization of health and mental health services: three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:971-8.

Simon GE, Ormel J, VonKorff M, Rarlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1995;152:352—57.

Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21:97-105.

Sireling LI, Freeling P, Paykel ES, Rao BM. Depression in general practice: clinical features and comparison with out-patients. *Br J Psychiatry*. 1985a;147:119-26.

Sireling LI, Paykel ES, Freeling P, Rao BM, Patel SP. Depression in general practice: case thresholds and diagnosis. *Br J Psychiatry*. 1985b;147:113-9.

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy III FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The Prime-Md 1000 study. *JAMA*. 1994;272:1749-56.

Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Habu S, Morganstein D. Cost of lost productive work time among us workers with depression. *JAMA*. 2003;289:3135-44.

Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1996;153:636-44.

Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:177-81.

Wang PS, Beck AL, Berglund P, et al. Effects of major depression on moment-in-time work performance. 2004. *Am J Psychiatry*;161:1885-91.

Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262:914-9.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duam N, Meredith L, Unutzer J. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:212-20.

Williams JW, Jr., Noel PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *JAMA*. 2002;287:1160-70.

Wilson I, Duszynski K, Mant A. A 5-year follow-up of general practice patients experiencing depression. 2003. *Fam Pract*;20:685-9.

Wittchen HU, Ustun TB, Kessler RC. Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters?. *Psychol Med*. 1999;29:1021-27.

World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. WHO, Geneva, 1992.

World Health Organization. *The world health report 2002: reducing risks, promoting health life*. Geneva: WHO;2002.