

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE *SCREENING* DE
CASOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL COMO PARTE DE
UM MODELO DE PSIQUIATRIA PROATIVA**

**Autor: Aletéia Crestani
Orientador: Dr. Maurício Kunz
Coorientador: Dra. Fabiana Andrea Barrera Galland**

**Porto Alegre
01/10/2021**

Autor:
ALETÉIA CRESTANI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Desenvolvimento de Instrumento de *Screening* de Casos Psiquiátricos em
Hospital Geral como parte de um Modelo de Psiquiatria Proativa

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Prevenção e Assistência em Saúde Mental
e Transtornos Aditivos

Orientador(a): Maurício Kunz
Coorientador(a): Fabiana Andrea Barrera Galland

Porto Alegre
01/10/2021

CIP - Catalogação na Publicação

Crestani, Aletéia
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE SCREENING DE
CASOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL COMO PARTE DE UM
MODELO DE PSIQUIATRIA PROATIVA / Aletéia Crestani. --
2021.
50 f.
Orientadora: Maurício Kunz.

Coorientadora: Fabiana Andrea Barrera Galland.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de
Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Prevenção e
Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos,
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. consultoria psiquiátrica. 2. psiquiatria
proativa. 3. hospital geral. 4. rastreamento. 5.
transtornos mentais. I. Kunz, Maurício, orient. II.
Galland, Fabiana Andrea Barrera, coorient. III.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação do Professor Maurício Kunz.

Aprovada por:

Prof. Dr. Maurício Kunz – HCPA/UFRGS
Presidente

Prof. Dra. Lisia Von Diemen – HCPA/UFRGS
Membro

Prof. Dr. Marcio Warner Camatta – HCPA
Membro

Prof. Dr. Marco Antonio Knob Caldieraro – HCPA/UFRGS
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Lena, para quem nada é impossível, e ao meu pai Nadir, pelo constante exemplo de que tudo pode ser feito com esmero;

Aos meus irmãos Josiane e Marcus Vinícius que desde sempre representaram para mim, pessoalmente e profissionalmente, modelos valorosos a seguir;

Ao meu amado esposo Alexandre, pela cumplicidade diária, pela gigantesca paciência e por, passados tantos anos, continuar me fazendo sentir o seu amor;

Aos colegas do Hospital Moinhos de Vento: Márcia Surdo Pereira, pelo incentivo para iniciar este projeto; Luciane do Nascimento Cruz, pelo generoso apoio científico; Jorge Grossman Zaduchliver e Alexandre Schmidt, por dividirem comigo o mesmo barco e de maneira tão gentil e solidária;

Aos queridos colegas que conheci neste curso, agradeço pelas injeções de força nos momentos mais tensos, pela rica troca de experiências e pelos simbólicos abraços que recebi ao longo de todo o percurso;

Às professoras Dras. Fabiana Andrea Barrera Galland, Juliana Nichterwitz Scherer, Daiane Nicoli Silvello dos Santos Ferreira e Ana Luisa Petersen Cogo, pela imensa dedicação ao curso e pelas excelentes contribuições aos projetos do grupo;

Às colegas da vida, Betina, Gabriela e Fernanda, que na parceria do dia a dia, ajudam a tornar tudo mais leve e prazeroso;

À gerência e coordenação da ESMA IAPI, por me proporcionarem conciliar esta atividade acadêmica com os compromissos profissionais;

À estimada Dra. Gislaine, pelo seu suporte, testemunho e profissionalismo;

Ao querido afilhado Antônio, que movido por boa vontade e interesse genuíno, contribuiu com habilidades características desta jovem geração;

A Deus, que em sua extraordinária sabedoria, me apresentou este desafio no melhor momento, para que eu pudesse percorrer a jornada de forma plena e realizar este desejo com imensa alegria.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO HOSPITAL GERAL.....	10
1.2 CONSULTORIA PSIQUIÁTRICA OU PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO.....	11
1.3 O IMPACTO DA COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA.....	12
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. ASPECTOS ÉTICOS	19
6. RESULTADOS	20
6.1 RESULTADOS DA BUSCA E SELEÇÃO DOS INSTRUMENTOS EXISTENTES NA LITERATURA.....	20
6.2 REVISÃO NARRATIVA DOS INSTRUMENTOS.....	20
6.4 SUBDIVISÃO DE QUESTÕES CONFORME CONTEÚDO ABORDADO	25
6.5 SELEÇÃO DAS QUESTÕES MAIS RELEVANTES.....	27
6.6 SELEÇÃO FINAL DE QUESTÕES	28
6.7 INSTRUMENTO ELABORADO/PRODUTO DESENVOLVIDO	29
6.8 RESULTADO DAS ENTREVISTAS	30
6.9 ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	33
7. DISCUSSÃO.....	37
8. CONCLUSÃO.....	40
9. REFERÊNCIAS	41
10. ANEXOS	46
10.1 CARTA CONVITE	46
10.2 TCLE	47
10.3 APRESENTAÇÃO PARA A ENTREVISTA DOS JUÍZES.....	48
10.4 RESULTADOS ENTREVISTAS COM JUÍZES	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distinções entre o modelo de consultoria tradicional e o modelo proativo

Tabela 2 - Domínio depressão e questões relacionadas

Tabela 3 - Domínio ansiedade e questões relacionadas

Tabela 4 - Domínio sintomas somáticos e questões relacionadas

Tabela 5 - Domínio uso de álcool e questões relacionadas

Tabela 6 - Conteúdo de sintomatologia depressiva

Tabela 7 - Conteúdo de Sintomatologia Ansiosa

Tabela 8 - Conteúdo de Sintomatologia Somática

Tabela 9 - Conteúdo de Uso de Substâncias

Tabela 10 - Onze questões mais relevantes e conteúdo excluído

Tabela 11 - Produto Inicial

Tabela 12A - Instrumento em versão final após adequação

Tabela 12B - Complemento do instrumento final

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição

CMDQ - Common Mental Disorders Questionnaire

SCL-8 - Symptom Checklist 8

SCL-90 - Symptom Checklist 90

MHI-5 - Mental Health Inventory-5

SF-36 - Short Form-36

GHQ-12 - General Health Questionnaire-12

SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire-20

SSMHG - Screening e Saúde Mental em Hospital Geral

MCS-12 - 12-item Short-Form Health Survey

BPRS-5 - Brief Symptom Rating Scale

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAGE – Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire

AUC – Area under the curve

RESUMO

Introdução: Transtornos psiquiátricos e sofrimento emocional são altamente prevalentes em hospital geral e pouco reconhecidos pelas equipes clínicas e assistenciais. A identificação precoce de prováveis casos psiquiátricos, através de ferramentas de rastreamento, e a oportunidade de tratamento dos mesmos são fundamentais para melhores desfechos em saúde.

Objetivo: O objetivo deste estudo é o desenvolvimento de um instrumento de *screening* de prováveis casos psiquiátricos no hospital geral, para uso por profissionais de saúde, em população hospitalar brasileira pública e privada, para fins de identificação precoce de possíveis casos psiquiátricos no contexto de admissão em hospital geral.

Métodos: Busca eletrônica de artigos sobre o tema nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google Scholar. Foi realizada revisão narrativa de ferramentas existentes para detecção de casos psiquiátricos e, com base no conteúdo delas, desenvolveu-se novo instrumento de rastreio adaptado ao contexto hospitalar. Por fim foram realizadas entrevistas de avaliação crítica qualitativa da aplicabilidade do produto, tanto por *experts* da área de consultoria psiquiátrica, como por profissionais de enfermagem hospitalar.

Resultados: A busca e seleção dos artigos resultou em 5 questionários validados que compuseram a base de conteúdo para a elaboração do instrumento almejado, denominado *Screening* de Saúde Mental em Hospital Geral (SSMHG). O produto desenvolvido atingiu, de acordo com as avaliações dos juízes, 100% dos objetivos propostos, sendo avaliado como um instrumento de rastreio claro, prático, relevante e utilizável. Na sequência das entrevistas, realizou-se também adequação do instrumento para versão final. Espera-se que o SSMHG possa se comprovar futuramente como um instrumento capaz de detectar precocemente prováveis casos psiquiátricos. Para tanto, se faz necessária a continuidade desta pesquisa em direção a uma validação quantitativa dele no que se refere a sua validade e confiabilidade.

Palavras-chave: rastreamento, psiquiatria, hospital geral, transtornos mentais

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric disorders and emotional distress are highly prevalent in general hospital and under recognized by clinical and care teams. The early identification of probable psychiatric cases and the opportunity to treat them are essential for better health outcomes.

Objective: The aim of this study is to develop a screening tool for probable psychiatric cases in general hospital, for use by health professionals in a public and private Brazilian hospital population, for the purpose of early identification of probable psychiatric cases in the context of hospital general admission.

Methods: Electronic search for articles on the subject in Pubmed, Scielo and Google Scholar databases. A narrative review of existing tools for detecting psychiatric cases was carried out and, based on their content, a new screening instrument adapted to the hospital context was developed. Finally, qualitative critical evaluation interviews of the product's applicability were carried out, both by experts in the psychiatric consulting area and by hospital nursing professionals.

Results: The search and selection of articles resulted in 5 validated questionnaires that made up the content base for the development of the desired instrument, called Screening for Mental Health in a General Hospital (SSMHG). The developed product reached, according to the judges' evaluations, 100% of the proposed objectives, being evaluated as a clear, practical, relevant and usable screening instrument. Following the interviews, the instrument was also adapted for the final version. It is hoped that the SSMHG can prove itself in the future as an instrument capable of early detection of probable psychiatric cases. Therefore, it is necessary to continue this research towards a quantitative validation of its validity and reliability.

Keywords: mass screening, psychiatry, general hospital, mental disorders

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO HOSPITAL GERAL

Sabemos que saúde mental e saúde física estão intimamente relacionadas e que pacientes internados em hospital geral frequentemente experimentam doença física e mental simultaneamente. De acordo com os princípios da medicina psicossomática, há uma ampla região de influência bidirecional entre as condições médicas e psiquiátricas e é grande possibilidade de tais condições repercutirem uma sobre a outra (STERN; ET AL, 2010).

A morbidade psiquiátrica é bastante comum em pacientes com condições clínicas, com uma prevalência variando entre 20 e 67%. Pacientes em hospital geral têm taxas mais altas de transtornos psiquiátricos quando comparados com amostras da comunidade. Transtornos depressivos são, por exemplo, duas vezes mais comuns no ambiente hospitalar do que na comunidade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). De acordo com estudos norte-americanos e europeus, a prevalência de comorbidade psiquiátrica em hospital geral pode variar entre 20% a 40 % (AROLT; DRIESSEN; DILLING, 1997; HANSEN *et al.*, 2001; MARTUCCI *et al.*, 1999). De forma semelhante, estudo brasileiro aponta uma prevalência de 36% (BOTEGA *et al.*, 1995).

Quando examinamos prevalência de transtorno psiquiátrico no hospital geral, subdividida por categorias diagnósticas, os resultados são bastante variados. Os diagnósticos mais frequentemente encontrados são de depressão (8,3% a 23,2%), transtorno mental orgânico (16,5% a 29,8%), ansiedade (10,8% a 18,5%), transtorno por uso de álcool (5% a 21,3%), transtorno por uso de nicotina (17% a 19,6%) e transtornos somatoformes (17,6%). (AROLT; DRIESSEN; DILLING, 1997; BOTEGA *et al.*, 2010; HANSEN *et al.*, 2001; MARTUCCI *et al.*, 1999; MATCHAM *et al.*, 2017; SMAIRA; KERR-CORRÊA; CONTEL, 2003).

Quanto ao comportamento suicida em hospital geral, sua incidência é pouco conhecida e a literatura específica a este respeito é limitada. Estima-se que as taxas de suicídio entre pacientes não psiquiátricos hospitalizados seja de 0,03 por 100.000 admissões (WILLIAMS *et al.*, 2018). De todo modo, o suicídio é uma séria questão global em saúde pública e sua repercussão é de extrema relevância. Globalmente 703.000 pessoas morrem a cada ano por suicídio. Suicídio está entre as principais causas de morte em todo o mundo, causando mais mortes do que a malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerras ou homicídio. No ano de 2019, 1,3% das mortes foram resultado de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2021). O suicídio é classificado pela Joint Commission International como um evento sentinela. Dessa forma,

recomenda que ambientes hospitalares implementem screening, realizado por profissionais não especialistas, para identificação de pacientes em risco como uma importante estratégia de prevenção suicídio (INTERNATIONAL JC, 2017; PUMARIEGA *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar das evidências de alta prevalência de transtornos psiquiátricos no ambiente hospitalar e piores desfechos em saúde associados a ela, a consultoria psiquiátrica ocorre no máximo em 6% das admissões (HANSEN *et al.*, 2001; STERN; ET AL, 2010). Cerca de 1/4 dos pacientes admitidos no hospital geral por doença física também têm uma condição mental que, na maioria dos casos, não é tratada enquanto o paciente está hospitalizado (JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH, 2013). Percebe-se então uma grande faixa de situações que merecem e que poderiam se beneficiar da atenção da consultoria psiquiátrica.

1.2 CONSULTORIA PSIQUIÁTRICA OU PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO

Pode ser definida como subespecialidade da psiquiatria, envolvida com a clínica, ensino e pesquisa, e que atua nas fronteiras entre a psiquiatria e a medicina (LIPOWSKI, 1986). A denominação “consultoria” se refere, na prática, à atuação de um profissional psiquiatra que, via solicitação, avalia e indica tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outro médico no hospital geral (BOTEGA, 2012).

A disciplina se desenvolveu na primeira metade do século XX, sobretudo nos Estados Unidos, no pós-guerra. Mas a partir dos anos 70, a especialidade psiquiátrica passa a participar mais ativamente dentro dos hospitais. No ano de 1974, o National Institute of Mental Health priorizou o desenvolvimento deste campo de atuação e o estágio em consultoria na residência médica em psiquiatria passou a ser obrigatório nos Estados Unidos. Em 1992 a American Psychiatric Association reconheceu a Psiquiatria de Consultoria e Ligação como subespecialidade. No Brasil, o primeiro serviço organizado data do ano de 1977 na Unifesp (BOTEGA, 2012).

Tradicionalmente, psiquiatras consultores atuam “reativamente”, respondendo a solicitações dos clínicos, face algum evidente transtorno mental capaz de gerar sofrimento ou prolongar recuperação. No entanto, a proficiência das equipes médicas pode não ser suficiente para identificar precocemente fatores mentais e comportamentais que iriam interferir no cuidado mais eficiente de determinados casos. Em diversas situações, a ajuda especializada é acionada tarde demais nas enfermarias, o que pode comprometer sua própria utilidade (SLEDGE *et al.*, 2015). Existem diversos fatores já conhecidos e relacionados às dificuldades no

reconhecimento e no diagnóstico de transtornos mentais no ambiente hospitalar. São exemplos: quando o paciente apresenta principalmente queixas físicas, quando pistas fornecidas pelo paciente a respeito de seu estado emocional não são captadas pelo médico a não ser em situações muito evidentes, quando há falta de tempo e privacidade para conversar ou também quando a investigação pode estar focada em encontrar uma causa orgânica para os sintomas. Frequentemente, médicos reconhecem que há algum problema psíquico, mas não sabem como descrevê-lo ou diagnosticá-lo. E em muitas outras vezes, o problema é reconhecido e diagnosticado, mas não registrado em prontuário (BOTEGA, 2012). Esse conjunto de barreiras para a consultoria psiquiátrica acontecer pode interferir sobremaneira nos desfechos em saúde hospitalar.

1.3 O IMPACTO DA COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA

Atualmente há vasta literatura correlacionando comorbidades psiquiátricas a piores desfechos em saúde. A morbidade psiquiátrica tem graves efeitos em pacientes com doença clínica e é fator de risco para essas condições. Como exemplos, a doença psiquiátrica piora a morbidade e mortalidade cardíaca em pacientes com infarto agudo do miocárdio, diminui o controle glicêmico de diabetes e reduz o retorno ao funcionamento naqueles que sofreram acidente vascular encefálico. Além disso, depressão e outros transtornos mentais impactam significativamente a qualidade de vida e a adesão a regimes de tratamento por doenças em geral (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Uma revisão sistemática encontrou que a presença de comorbidade médico-psiquiátrica está relacionada com aumento de tempo de permanência hospitalar, com maiores custos médicos e com maiores taxas de re-hospitalização. Mais especificamente no subgrupo depressão, o estudo apresentou um aumento do tempo de permanência hospitalar de 4,38 dias, quando comparado ao grupo de pacientes sem depressão (JANSEN *et al.*, 2018). Estudo retrospectivo de 338.162 internações em um hospital universitário germânico encontrou que comorbidades psiquiátricas tiveram associação com um aumento de custos de 40% quando comparado a um grupo controle (WOLFF *et al.*, 2018). Saravay *et al* realizaram uma revisão crítica de 26 estudos que investigaram os efeitos de comorbidades psiquiátricas sobre tempo de permanência hospitalar e a maioria deles encontrou associação significativa entre comorbidade psiquiátrica e aumento do tempo de permanência (SARAVAY; LAVIN, 1994).

A partir da evidente necessidade de uma abordagem mais efetiva das situações de comorbidade psiquiátrica em hospital, vem surgindo um modelo de intervenção atualizado, denominado

Consultoria Psiquiátrica Proativa. Essa forma de atuação propõe uma mudança de paradigmas da consultoria psiquiátrica, onde o time almeja identificar casos psiquiátricos tanto ativamente como precocemente, através de rastreio, no intuito de remover ou reduzir potenciais barreiras mentais e comportamentais para o efetivo cuidado em saúde. Além disso, diferente do tradicional, o modelo proativo conta com recursos humanos multidisciplinares e a intervenção inclui o follow-up dos casos e uma maior integração com os profissionais envolvidos (tabela 1).

Tabela 1 - Distinções entre o modelo de consultoria tradicional e o modelo proativo

	Consultoria Tradicional	Consultoria Proativa
Delivery	reativo	proativo
Recursos Humanos	médico psiquiatra único	multidisciplinar
Identificação de Casos	solicitação do time primário	<i>screening</i> de casos, comunicação com equipe assistencial e via solicitação do time primário
Locação	onde for solicitado	unidade do hospital onde está inserido
Intervenção	orientação ao médico solicitante	colaboração com profissionais envolvidos com o caso e follow-up
Metas	recomendação de tratamento e manejo de crise	prevenção de crises e entrega de cuidado efetivo em toda a unidade

(adaptado de SLEDGE; LEE, 2015)

Atualmente, diversos autores têm investigado os efeitos da presença da psiquiatria de ligação e da consultoria psiquiátrica proativa sobre os desfechos em saúde hospitalar. Um estudo de desenho naturalístico encontrou associação significativa e diretamente proporcional entre o tempo de encaminhamento para o psiquiatra e tempo de permanência hospitalar, dando suporte à integração do psiquiatra e aos programas de psiquiatria de ligação proativa (SOCKALINGAM *et al.*, 2016). Corroborando com esses dados, estudo retrospectivo mais recente confirma a associação entre intervenção precoce em consultoria psiquiátrica e diminuição do tempo de internação, mesmo após ajuste por severidade da doença clínica (VULSER *et al.*, 2021). Revisão sistemática atual sobre consultoria psiquiátrica proativa e tempo de permanência

identificou que modelos de consultoria de ligação proativa cujo *screening* é enriquecido pela expertise do psiquiatra reportaram redução de tempo de permanência (OLDHAM; CHAHAL; LEE, 2019).

De uma forma geral, a literatura aponta que a Psiquiatria Proativa ainda é uma ciência em amadurecimento e que carece de estudos mais robustos acerca da efetividade dos modelos de intervenção sobre os desfechos clínicos e do uso de ferramentas para identificação precoce de casos. De todo modo, o rastreamento de comorbidades psiquiátricas tem papel fundamental dentro deste novo modelo. Existem instrumentos para a detecção de casos psiquiátricos em ambientes clínicos, mas em sua maioria são extensos, pouco práticos ou desenhados para a atenção primária.

Conforme conhecimento da autora, não há literatura referente a intervenções psiquiátricas na forma proativa no Brasil.

O entusiasmo pelo presente estudo surgiu a partir de vivências da autora como médica em consultoria psiquiátrica e de suas inquietações decorrentes dos desafios diários intrínsecos à área de atuação, da percepção das barreiras que ainda existem para a inclusão da saúde mental no hospital geral e do advento da Psiquiatria Proativa como força propulsora para a valorização da subespecialidade e maior reconhecimento das mais diversas situações hospitalares que carecem da atenção do médico psiquiatra.

Há, nesse sentido, curiosidade pelo estudo de métodos para a identificação precoce da comorbidade psiquiátrica no hospital geral. Aqui utiliza-se a terminologia comorbidade psiquiátrica, tanto para condições psiquiátricas graves e claramente manifestas, como para as situações mentais menos visíveis que não costumam ser identificadas nas internações clínicas. Ou seja, há interesse no tema acerca da identificação precoce, através de *screening*, das diversas situações psiquiátricas que podem não estar sendo visíveis no hospital geral e, portanto, sujeitas a sofrer o impacto de seu não tratamento.

2. JUSTIFICATIVA

A presença da consultoria psiquiátrica proativa pode expandir o conceito de consultoria tradicional, tornando possível que problemas mentais e comportamentais sejam identificados não só precocemente, como até mesmo antes de se tornarem manifestos. Um modelo proativo baseado no rastreio de uma população tem o potencial de identificar e mitigar fatores de risco, produzindo um cuidado mais eficiente (SLEDGE; LEE, 2015).

Para além da presença do psiquiatra no hospital geral, fica evidente a importância da oferta de serviços de consultoria proativa, ao mesmo tempo em que se identifica na literatura uma escassez de protocolos para detecção, encaminhamento, avaliação e acompanhamento dos possíveis casos psiquiátricos.

O tema geral do trabalho se baseia na hipótese de que a instrumentalização de equipes clínicas com ferramentas de rastreio de comorbidades psiquiátricas estaria associada ao reconhecimento e tratamento precoce delas, quando comparado ao modelo clássico de interconsulta. A justificativa deste projeto se encontra na necessidade de incorporação de instrumentos para identificação precoce dos casos psiquiátricos mais prevalentes no hospital geral, que possam ser aplicados por profissionais de saúde no contexto hospitalar, visando melhores desfechos em saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste projeto foi desenvolver um breve questionário para *screening* de casos psiquiátricos, para ser aplicado por profissionais de saúde em geral, em população hospitalar brasileira pública e privada, tendo como propósito a identificação precoce de possíveis casos psiquiátricos no contexto da admissão em hospital geral.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Selecionar e realizar revisão narrativa de instrumentos para rastreamento de casos psiquiátricos existentes na literatura;

3.2.2 Elaborar um instrumento breve para *screening* de casos psiquiátricos direcionado ao contexto hospitalar em nosso meio, a partir de compilado do conteúdo existente em instrumentos validados na literatura;

3.2.3 Avaliar qualitativamente o instrumento produzido através de entrevistas com profissionais de enfermagem hospitalar e médicos psiquiatras experts em consultoria psiquiátrica.

4. METODOLOGIA

Realizou-se a seguinte sequência metodológica:

1) Foi realizado levantamento bibliográfico de ferramentas para rastreamento de transtornos mentais em hospital geral, nas bases de dados Pubmed, Google Scholar e Scielo. Os descritores utilizados na busca foram (psychiatry [mh] OR psychiatrist* [tw]) AND "hospitals, general" [mh] OR general hospital* [tw]) AND (mass screening [mh] OR screening* [tw]) AND (mental disorders [mh]) e foram filtrados para seres humanos e adultos. Foram selecionados artigos somente em língua inglesa e portuguesa. Para evitar perda de referências, não houve seleção para ano de publicação. A consulta foi realizada no mês de abril de 2020.

2) Critérios de Elegibilidade.

Critérios de inclusão foram: artigos encontrados na íntegra que avaliassem instrumentos de screening geral para transtornos mentais.

Critérios de exclusão foram: os artigos sobre instrumentos voltados para crianças e adolescentes e artigos de rastreio específico para um transtorno mental apenas ou um conjunto de sintomas específico.

3) Seleção dos Estudos. A seleção dos estudos, considerando os critérios de elegibilidade, foi realizada, em primeira etapa, através da leitura de título e resumo e, posteriormente, através da leitura de textos na íntegra. Nessa sequência, foram excluídos artigos duplicados e artigos que não preenchiam os critérios de elegibilidade.

4) Revisão narrativa de cada instrumento e apreciação de sua aplicabilidade em hospital geral, considerando quesitos como conteúdo de questões, número de questões, tempo para aplicação e sensibilidade para detecção de casos psiquiátricos.

5) Tradução livre para a língua portuguesa para captação conteúdo das questões e agrupamento das questões de todos os instrumentos de acordo com o domínio abordado na questão.

6) Para cada um dos domínios, como o de sintomas depressivos, por exemplo, foram listadas todas as questões relacionadas, subdividindo-as conforme o conteúdo abordado, de acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

7) Para cada conteúdo, conforme sua relevância ou frequência com que se repetiam entre os instrumentos, foram coletadas as principais questões.

8) A partir das principais questões coletadas, foram excluídas as redundantes e as menos relevantes para fins de rastreio de ambiente hospitalar.

9) Com as questões finalistas, foi então elaborado novo instrumento conforme características almejadas.

10) Realizou-se avaliação qualitativa do conteúdo do instrumento por comitê de sete profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, visando ponderar sobre a relevância, a clareza, a praticabilidade do produto e se o utilizariam como ferramenta de rastreio em hospital geral (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os participantes, selecionados por conveniência, foram dois enfermeiros psiquiátricos, dois enfermeiros clínicos, dois psiquiatras experts em consultoria psiquiátrica e um farmacêutico com experiência na construção instrumentos de medida em saúde. Os profissionais selecionados receberam uma carta-convite e, após confirmação, foi agendada a entrevista virtual (anexo 1). Toda esta etapa foi desenvolvida de forma remota. De antemão, os profissionais receberam eletronicamente arquivos com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e com o produto a ser avaliado (anexo 2). Na entrevista, foi realizada uma breve apresentação do produto e em seguida os profissionais foram questionados e responderam livremente a respeito dele (anexo 3):

1. Quanto clara você julga a redação do instrumento?
2. O quão prático você julga o instrumento?
3. O quanto você considera o instrumento relevante (pertinente) em atingir o objetivo proposto?
4. Você o utilizaria em sua prática profissional?
5. Comentar a respeito:
6. Você tem alguma sugestão a respeito do instrumento?

11) A partir das entrevistas, com os apontamentos e sugestões dos juízes, foi realizada revisão do instrumento inicial e adequação para sua versão final.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Plataforma Brasil. Nº CAAE: 35302920200005327

O trabalho desenvolveu-se de acordo com as diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Para participar da etapa de validação do material construído, os participantes deram seu consentimento de forma gravada ao TCLE (Anexo 2).

6. RESULTADOS

De acordo com a sequência metodológica mencionada, desenvolveram-se os resultados a seguir:

6.1 RESULTADOS DA BUSCA E SELEÇÃO DOS INSTRUMENTOS EXISTENTES NA LITERATURA

A consulta às bases de dados resultou em 840 referências. A seleção de estudos baseada na leitura de título, primeiramente, e de resumo, gerou exclusão de 825 artigos por não se adequarem aos critérios de elegibilidade ou serem duplicados. Restaram 15 artigos, os quais foram lidos na íntegra e mantidos apenas os que abordavam instrumentos para rastreamento de casos de transtornos mentais em geral. Junto a isso, foram adicionados mais 3 artigos, localizados em referências de artigos recuperados na busca, mas que não haviam sido identificados através da busca automatizada. Ao final, 5 artigos foram selecionados por apresentarem ferramentas de rastreio geral para transtornos mentais e compuseram a base para o estudo dos instrumentos existentes. São eles: Commom Mental Disorders Questionnaire, Symptom Checklist -8, Mental Health Inventory 5, General Health Questionnaire 12, Self-Reporting Questionnaire 20. Através da busca e seleção, foram identificados somente instrumentos desenhados para contexto médico geral, não sendo localizado nenhum instrumento específico para hospital geral.

6.2 REVISÃO NARRATIVA DOS INSTRUMENTOS

Commom Mental Disorders Questionnaire (CMDQ) (CHRISTENSEN *et al.*, 2005)

Trata-se de um instrumento para screening de casos psiquiátricos em ambiente médico geral que é composto por 36 questões abrangendo sintomas comumente associados com transtornos somatoformes, ansiedade, depressão e abuso de álcool. Foi construído através da combinação de seis sub-escalas diferentes: SCL-SOM, SCL-8, SCL-ANX4, SCL-DEP6, Whiteley-7 e Cage. Foi testado em população dinamarquesa, com um N de 1785 pacientes de atenção primária. O Padrão-ouro utilizado na pesquisa foi o Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). O tempo para aplicação da escala pode variar entre 2 e 5 minutos. A Sensibilidade e Especificidade para o melhor ponto de corte foram iguais a 72 e 72, respectivamente.

Symptom Checklist-8 (SCL-8) (FINK *et al.*, 1995)

Este é um instrumento breve e simples para screening de casos psiquiátricos em ambiente médico geral. É uma versão reduzida da Symptom Checklist 25 (SCL-25) que, por sua vez, consiste nos itens de depressão e ansiedade da Symptom Checklist-90 (SCL-90). A SCL-90 é um inventário multidimensional de 90 itens de autoavaliação de sintomas que engloba problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

O SCL-8 é composto por 8 questões abrangendo sintomas de depressão e ansiedade. Seu tempo para aplicação não foi citado nos artigos localizados.

Nesta referência, o SCL-8 foi testado em 1281 pacientes de atenção primária em população nórdica. O padrão-ouro utilizado foi entrevista psiquiátrica padronizada. A sensibilidade e especificidade no ponto de corte 0/1 foram de 76 e 66 e a sensibilidade e especificidade no ponto de corte 1/2 foram de 62 e 81 respectivamente. As questões não constavam no artigo e foram acessadas através de contato com o autor.

Mental Health Inventory-5 (MHI-5) (RUMPF *et al.*, 2001)

É um instrumento muito breve para detecção de casos psiquiátricos na prática médica geral e trata-se de uma subescala derivada da Short Form-36 (SF-36), a qual é um dos instrumentos de qualidade de vida em saúde mais utilizados nos Estados Unidos da América. Inclui aspectos de saúde relacionados aos estados físico, mental e social. O MHI-5 é composto pelos itens de saúde mental da SF-36 e detecta diferenças entre grupos de pacientes com ou sem depressão ou variados níveis de depressão (WARE, JR.; GANDEK, 1994).

É composto por 5 questões abrangendo sintomas de depressão e ansiedade e o tempo para aplicação não consta no artigo. Foi testado em população germânica com um N de 4075 participantes da comunidade. Padrão-ouro utilizado foi a Munich Composite International Diagnosis Interview (M-CIDI). A sensibilidade e especificidade no melhor ponto de corte 65 foi de 87 e 70, respectivamente, e Área sob a Curva (AUC) foi de 0,72 (95% CI 0,619-0,747). A escala foi adaptada e validada para a população brasileira (DAMÁSIO; BORSA; KOLLER, 2014).

General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) (JESUS MARI; WILLIAMS, 1985)

O instrumento foi desenhado para identificação de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em atenção primária e é uma das várias versões reduzidas do General Health Questionnaire (GHQ).

A versão original contém 60 itens e é uma ferramenta de rastreio para determinar se um indivíduo é um caso provável de transtornos mentais comuns (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016). O GHQ-12 é composto por 12 questões abrangendo sintomas de depressão e ansiedade, com um tempo de aplicação de cerca de 5 minutos. Foi testado em população brasileira em um N de 875 pacientes da atenção primária. Padrão-Ouro utilizado foi o Clinical Interview Schedule (CIS). A sensibilidade e especificidade encontradas no ponto de corte 3 e 4 foram 85 e 79, respectivamente, e Área sob a Curva (AUC) foi de 0,872. A escala foi adaptada e validada para a população brasileira (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; JESUS MARI; WILLIAMS, 1985)

Trata-se de um instrumento de fácil aplicação desenhado para identificação de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em atenção primária e comunidade. É composto por 20 questões abrangendo sintomas depressivos, ansiosos, somáticos e suicídio. Tempo de aplicação está estimado em 5 minutos. Deriva do SRQ original, composto por 30 questões acerca de sintomas psicossomáticos. Na década de 70, instrumento original foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde que objetivava avaliar e testar métodos que permitissem elaborar políticas públicas de assistência multidisciplinar a indivíduos com transtornos mentais em países em desenvolvimento (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

Na primeira referência, o SCL-20 é testado em população brasileira, com um N de 475 pacientes de atenção primária. O padrão-ouro utilizado foi a Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-IV-TR). Sensibilidade e especificidade no ponto de corte 7,5 foram de 86,3 e 89,3, respectivamente, e Área sob a Curva (AUC) 0,91 (0,88-0,94) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Na segunda referência, o SCL-20 foi testado em população brasileira com um N de 875 pacientes de atenção primária. O padrão-ouro utilizado foi a Clinical Interview Schedule (CIS). A sensibilidade e especificidade no ponto de corte 7/8 foram de 83 e 80, respectivamente, e Área sob a curva (AUC) foi de 0,90 (JESUS MARI; WILLIAMS, 1985). A escala foi adaptada e validada para a população brasileira (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

6.3 TRADUÇÃO E AGRUPAMENTO DE QUESTÕES POR DOMÍNIOS

Inicialmente as questões foram traduzidas livremente para a língua portuguesa e agrupadas de acordo com o domínio identificado na composição de cada uma. Os domínios eram de sintomas depressivos, sintomas ansiosos, sintomas somáticos e uso de álcool (tabelas 2,3,4 e 5).

Tabela 2 – Domínio depressão e questões relacionadas

Sintomas Depressivos	CMDQ	Sentimentos de desesperança com o futuro Sensação de que tudo é um esforço Sentimentos de tristeza Sentimentos de não valer a pena Pensamentos sobre o fim da vida Sensação de estar preso Sentimentos de solidão Sentimentos de culpa
	SCL-8	Sentimentos de desesperança com o futuro Sentimento de que tudo é um esforço Sentimentos de tristeza Sentimentos de não valer a pena
	MHI-5	Tem se sentido desanimado ou triste Tem se sentido uma pessoa feliz Tem se sentido tão para baixo que nada pode te animar
	GHQ-12	Tem conseguido se concentrar no que está fazendo Perdeu o sono por preocupação Sente que você participa de forma útil Se sente capaz de tomar decisões Sente que não poderia superar suas dificuldades Tem sido capaz de apreciar suas atividades diárias Tem sido capaz de enfrentar seus problemas Tem se sentido infeliz e deprimido Tem perdido a confiança em si mesmo Tem pensado a seu respeito como alguém que vale a pena Tem se sentido razoavelmente feliz em todos os aspectos
	SRQ-20	Você dorme mal Você não consegue pensar claramente Se sente infeliz Você chora mais do que o comum Você acha difícil apreciar suas atividades diárias Você acha difícil tomar decisões Seu trabalho diário é um sofrimento Você não é capaz de ser útil na vida Você perdeu o interesse pelas coisas Você sente que é uma pessoa que não vale à pena Você se sente cansado o tempo todo Você cansa com facilidade O pensamento de terminar com sua vida já passou pela sua cabeça?

Tabela 3 – Domínio ansiedade e questões relacionadas

Sintomas Ansiosos	CMDQ	Sensação de medo repentino sem motivo Nervosismo ou tremor interno Sensações de terror ou pânico Preocupação excessiva Sensações de receio
	SCL-8	Nervosismo ou tremor interno Sensações de terror ou pânico Preocupação excessiva Sensações de receio
	MHI-5	Tem se sentido uma pessoa nervosa? Tem se sentido calmo e tranquilo?
	GHQ-12	Se sente constantemente sob tensão
	SRQ-20	Você fica com medo facilmente Suas mãos tremem Você se sente nervoso, tenso ou preocupado

Tabela 4 – Domínio sintomas somáticos e questões relacionadas

Sintomas Somáticos	CMDQ	Dor de cabeça Tontura ou desmaio Dor no coração ou no peito Dor lombar Náusea ou desconforto no estômago Dor muscular Dificuldade para respirar Sensações de calor ou frio Dormência ou formigamento em partes do corpo Bola na garganta Fraqueza em partes do corpo Sensação de peso nos braços e pernas Preocupação de que há algo sério com sua saúde Preocupações de que você sofre de uma doença sobre a qual leu ou ouvir falar Muitas dores diferentes Preocupações sobre a possibilidade de ter uma doença séria Muitos sintomas diferentes Pensamentos de que o médico pode estar errado quando diz que não se preocupe Preocupações com sua saúde
	SRQ-20	Tem dores de cabeça com frequência? Tem falta de apetite? Sua digestão é ruim ou tem algum problema digestivo? Você tem sensações desconfortáveis no estômago?

Tabela 5 – Domínio uso de álcool e questões relacionadas

Uso de Álcool	CMDQ	Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber álcool? Se sente aborrecido por criticarem o seu modo de beber? Se sente culpado devido ao seu modo de beber? Costuma beber pela manhã para se acalmar ou diminuir ressaca?
---------------	------	--

6.4 SUBDIVISÃO DE QUESTÕES CONFORME CONTEÚDO ABORDADO

Nesta etapa, o conteúdo dos instrumentos foi subdividido de acordo com o teor abordado dentro de cada domínio. No domínio “sintomas depressivos”, identificamos os seguintes conteúdos: humor deprimido, anedonia, insônia, fadiga, culpa, dificuldade de concentração e pensamento de morte. No domínio “sintomas ansiosos” foram identificados os conteúdos: medo, nervosismo, preocupação excessiva e pânico. Juntamente com sintomas somáticos e uso de álcool, foram identificados no total treze conteúdos. Foram agrupadas todas as questões relacionadas a cada um desses sintomas especificamente (tabelas 6,7,8 e 9).

Tabela 6 – Conteúdo de sintomatologia depressiva

Humor Deprimido	Sentimentos de tristeza	CMDQ
	Sentimentos de tristeza	SCL-8
	Tem se sentido desanimado ou triste? Tem se sentido feliz?	MHI-5
	Tem se sentido tão pra baixo que nada pode te animar?	
	Tem se sentido infeliz e deprimido? Tem se sentido razoavelmente feliz em todos os aspectos?	GHQ-12
	Se sente infeliz? Você chora mais do que o comum?	SRQ-20
Anedonia	Tem sido capaz de apreciar suas atividades diárias?	GHQ-12
	Tem sido capaz de apreciar suas atividades diárias? Você perdeu o interesse pelas coisas?	SRQ-20
Insônia/ Hipersonia	Perdeu o sono devido à preocupação?	GHQ-12
	Você dorme mal?	SRQ-20
Fadiga/Perda de Energia	Sensação de que tudo é um esforço.	CMDQ
	Sentimentos de que tudo é um esforço.	SCL-8
	Você se sente cansado o tempo todo? Você cansa com facilidade?	SRQ-20
Inutilidade/ Culpa	Sentimentos de não valer à pena Sentimentos de culpa	CMDQ
	Sentimentos de não valer à pena	SCL-8
	Sente que participa de forma útil? Tem perdido a confiança em si mesmo? Tem pensado que você não vale à pena?	GHQ-12
	Você se sente incapaz de ser útil na vida? Você acha que é uma pessoa que não vale à pena?	SRQ-20
Capacidade Diminuída de Pensar/Concentrar/ Decidir	Tem conseguido se concentrar no que está fazendo? Se sente capaz de tomar decisões?	GHQ-12
Suicídio	O pensamento de terminar com sua vida já passou pela sua cabeça?	SRQ-20

Tabela 7 - Conteúdo de sintomatologia ansiosa

Medo	Medo repentino sem motivo Sensações de receio?	CMDQ
	Sensações de receio?	SCL-8
	Você se assusta facilmente?	SRQ-20
Nervosismo/ Tremor Interno	Nervosismo ou tremor interno	CMDQ
	Nervosismo ou tremor interno	SCL-8
	Você se sente nervoso, tenso ou preocupado?	SRQ-20
	Você tem se sentido uma pessoa nervosa?	MHI-5
	Suas mãos tremem?	SRQ-20
Terror/ Pânico	Sensações de terror ou pânico	CMDQ
	Sensações de terror ou pânico	SCL-8
Preocupação Excessiva/ Tensão	Preocupação excessiva	CMDQ
	Preocupação excessiva	SCL-8
	Se sente constantemente sob tensão?	GHQ-12

Tabela 8 - Conteúdo de sintomatologia somática

Sintomas Somáticos	Dor de cabeça Tontura ou desmaio Dor no coração ou no peito Dor lombar Náusea ou desconforto no estômago Dor muscular Dificuldade para respirar Sensações de calor ou frio Dormência ou formigamento em partes do corpo Bola na garganta Fraqueza em partes do corpo Sensação de peso nos braços e pernas Preocupação de que há algo sério com sua saúde Preocupações de que você sofre de uma doença sobre a qual leu ou ouviu falar Muitas dores diferentes Preocupações sobre a possibilidade de ter uma doença séria Muitos sintomas diferentes Pensamentos de que o medico pode estar errado quando diz que não se preocupe Preocupação quanto a sua saúde	CMDQ
	Tem dores de cabeça com frequência? Tem falta de apetite? Sua digestão é ruim ou tem algum problema digestive? Tem desconforto no estômago?	SRQ-20

Tabela 9 - Conteúdo de uso de substâncias

Uso de Álcool	Alguma vez sentiu que deveria diminuir quantidade de bebida ou parar de beber? Se sente aborrecido por criticarem o seu modo de beber? Se sente culpado devido ao seu modo de beber? Costuma beber pela manhã para se acalmar ou diminuir ressaca?	CMDQ
---------------	---	------

6.5 SELEÇÃO DAS QUESTÕES MAIS RELEVANTES

Na sequência, foram selecionadas onze questões em virtude da frequência com que apareciam nos diversos instrumentos ou de sua relevância considerando o propósito de rastreio de casos em hospital geral. Neste contexto, já foram excluídas questões relacionadas a sintomas somáticos, ponderando que poderia haver ruído entre tais sintomas e as queixas físicas dos doentes clínicos. (tabela 10).

Tabela 10 - Onze questões mais relevantes e conteúdo excluído

1. Você tem se sentido desanimado ou triste?
2. Você perdeu o interesse pelas coisas?
3. Você dorme mal?
4. Sensação de que tudo é um esforço (questão excluída para fins de rastreio)
5. Sentimento de culpa (sintomas depressivos já contemplados em 1,2 e 3)
6. Tem conseguido se concentrar? (sintomas depressivos já contemplados em 1,2 e 3)
7. O pensamento de terminar com a sua vida já passou pela sua cabeça?
8. Medo repentino sem motivo (ansiedade está contemplada na questão 9)
9. Você se sente nervoso, tenso ou preocupado?
10. Preocupação excessiva (ansiedade está contemplada na questão 9)
11. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

6.6 SELEÇÃO FINAL DE QUESTÕES

Por fim, as onze questões mais relevantes foram analisadas individualmente para decisão sobre sua inclusão no instrumento final. A questão sobre humor deprimido (questão 1) foi mantida por estar presente em todos os 5 instrumentos, inclusive foi a única que se repetiu em todos eles. A questão sobre anedonia (questão 2) foi mantida por fazer parte, assim como humor deprimido, dos dois principais critérios diagnósticos para depressão segundo o DSM-5. A questão sobre insônia (questão 3) foi mantida em virtude de o sintoma ser, por si só, um problema altamente prevalente e ser uma condição que pode se manifestar secundariamente em diversos quadros psiquiátricos. A questão sobre perda de energia (questão 4) foi excluída por ser considerada desnecessária para rastreio em contexto hospitalar, visto que muitos dos pacientes internados podem apresentar tal sintoma em função de sua condição médica. A questão sobre culpa (questão 5) foi excluída porque já estavam selecionadas 3 questões referentes a sintomatologia depressiva, as quais foram consideradas altamente pertinentes, o que já se configurou como suficiente e adequado para fins de rastreio. A questão sobre capacidade de concentração (questão 6) foi excluída pelo mesmo motivo. A questão sobre suicídio (questão 7) foi mantida, embora tenha aparecido em um só instrumento, porque a repercussão de um ato suicida tem tamanha importância, que se faz necessário identificar precocemente. O verbo “terminar” com a vida foi substituído por “tirar” sua vida, no intuito de

clarificar que a questão seria sobre ideação suicida, pois o tema o “fim da vida” pode ser facilmente confundido com questões de terminalidade no ambiente hospitalar. Além disso, o tempo verbal dessa questão foi substituído, aplicando-se a expressão “tem passado pela sua cabeça”, ao invés do tempo passado utilizado na questão. A questão sobre medo (questão 8) foi excluída porque a ansiedade, como um todo, já se considerou bem representada na questão 9, a qual foi mantida. A questão sobre preocupação excessiva (questão 10) também foi excluída por já estar contemplada na questão 9. A questão sobre uso de álcool (questão 11) foi mantida, por se considerar necessário o rastreio de uso de álcool em ambiente hospitalar, tanto pelos riscos envolvidos, como pela alta prevalência (tabela 10).

As seis questões finais selecionadas para a composição do instrumento estão listadas abaixo:

1. Você tem se sentido desanimado ou triste?
2. Você vem perdendo o interesse pelas coisas?
3. Você tem apresentado dificuldades para dormir?
4. Você tem se sentido excessivamente tenso, preocupado ou nervoso?
5. O pensamento de tirar sua vida tem passado pela sua cabeça?
6. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

6.7 INSTRUMENTO ELABORADO/PRODUTO DESENVOLVIDO

A partir da seleção final das questões, tomou corpo o novo instrumento de rastreio e recebeu o nome de “*Screening* de saúde emocional em hospital geral”. Foi estabelecido que cada resposta “sim” equivaleria a um ponto. Desta forma, a pontuação mínima seria zero e a pontuação máxima seria 6. Como uma proposta de avaliação, sugeriu-se pontuar duas questões para positivar o instrumento. No entanto, para as questões 5 e 6 especificamente, pela relevância e impacto de seu conteúdo, bastaria positivar apenas uma para o instrumento ser considerado positivo. Sendo o rastreio positivado, seria indicado acionar a consultoria psiquiátrica (tabela 11). É fundamental ressaltar que esse *screening* tem como propósito a identificação precoce, na admissão hospitalar, de possíveis casos psiquiátricos que poderiam passar despercebidos durante a internação e que não deve ser visto como algo que engesse o fluxo da consultoria psiquiátrica, à medida que se faça necessária.

Tabela 11 - Produto Inicial

<i>SCREENING DE SAÚDE EMOCIONAL EM HOSPITAL GERAL</i>		
Nesta breve entrevista, irei realizar algumas perguntas a respeito de como você tem se sentido nos últimos dias. Por favor, responda Sim ou Não.		
1. Você tem se sentido desanimado ou triste?	Sim	Não
2. Você vem perdendo o interesse pelas coisas?	Sim	Não
3. Você tem apresentado dificuldades para dormir?	Sim	Não
4. Você tem se sentido excessivamente preocupado, tenso ou nervoso?	Sim	Não
5. O pensamento de tirar sua vida tem passado pela sua cabeça?	Sim	Não
6. Alguma vez você sentiu que deveria reduzir o consumo de álcool ou parar de beber?	Sim	Não
Pontuação: Se a resposta das questões 5 ou 6 for Sim, o rastreio será considerado automaticamente positivo. Se houver duas respostas Sim, o rastreio será considerado positivo.		
Resultado: Se o resultado da entrevista for positivo, sugere-se acionar consultoria psiquiátrica.		

6.8 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

O painel de especialistas convidados a participar foram selecionados por preencherem requisitos profissionais necessários para julgar um instrumento de medida de saúde mental voltado para o setting hospitalar. Receberam carta-convite para participação do estudo via correio eletrônico. Todos os sete convidados aceitaram participar. As entrevistas foram agendadas e realizadas remotamente. No início de cada entrevista, foi realizada pequena apresentação sobre o tema, contextualizando o estudo. Após foi apresentado o produto e realizada a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora Aletéia Crestani, tiveram em média 20 minutos de duração e foram gravadas com a autorização dos entrevistados. A pesquisadora também tomou notas de campo durante o processo.

Abaixo são descritos os resultados das entrevistas para cada quesito especificamente (anexo 4):

1. Clareza

Todos os entrevistados consideraram o instrumento claro, sendo que a maior parte o considerou bastante claro. Um dos entrevistados ficou com dúvida se na pergunta 2 seria claro utilizar o termo “coisas”.

2. Praticidade

Todos os juízes consideraram o instrumento bastante ou extremamente prático. Foi considerado também bem adaptado ao nível de instrução dos pacientes, objetivo e factível.

3. Relevância e Pertinência

Todos os juízes consideraram o instrumento desde bem pertinente até super pertinente. Um deles considerou a ideia perfeita e outro avaliador classificou como 100% necessário.

4. Se Utilizaria

Todos os entrevistados responderam que utilizariam o instrumento.

5. Comentários dos entrevistados:

1) Gostou da expressão saúde emocional. Utilizaria na anamnese de enfermagem como complemento, visto que é uma avaliação mais global. O instrumento ajudaria na tomada de decisão.

2) Comentou que os pacientes podem apresentar também dificuldade para manter o sono, além de dificuldades para iniciar o sono. Disse achar interessante em escalas que são aplicadas nas unidades no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que sempre há uma observação com sugestões de como fazer a pergunta se o paciente não compreender. São esclarecimentos sobre a pergunta que está sendo feita.

3) Disse que o instrumento faz pensar nas grandes síndromes, mas sentiu falta de uma pergunta a respeito de delirium, pela prevalência em hospital geral. Disse ter, pessoalmente, implicância com o termo “emocional” e pensa que poderia ser utilizado o termo “psiquiátrico”, trazendo a ideia de que a psiquiatria se insere no hospital, assim como as outras especialidades. Acha o termo emocional muito amplo. A palavra “emocional” transmite a ideia de um tempo em que o emocional era separado do biológico e da época em que o psiquiatra não participava do hospital geral.

4) Gostou de como foi sugerida a pontuação. Mas ficou na dúvida em utilizar duas ou três respostas positivas, entre as quatro primeiras questões, para positivar. Mas achou que considerar duas positivas estaria adequado para fazer um teste piloto. Perguntou quais eram as situações mais prevalentes no hospital geral. Disse ter sentido falta de pergunta relacionada a psicose ou mania. Questionou o quanto são prevalentes e se seria indicado rastrear. Comentou que a consultoria psiquiátrica deixaria de ter uma indicação subjetiva.

5) Achou o instrumento superimportante, gostou muito da ideia. Achou que a pergunta 1 é muito ampla e que poderia ficar sensível demais. “Gosto do termo “saúde emocional” porque transmite uma fala mais ampla do que “saúde mental”. Talvez ajude a inserir mais as equipes de saúde mental nos hospitais, assim como em outras especialidades.” Quis esclarecer se a ideia da pergunta 5 era perguntar sobre tirar a vida mesmo, já que é uma pergunta bastante específica e objetiva sobre suicídio.

6) Não compreendeu a pergunta 6. Questionou se parte do pressuposto que a paciente ingere álcool. Achou que o instrumento tem grande relevância na realidade que estamos vivendo. Tem a ideia de que os pacientes cada vez mais estão necessitando de um olhar sobre o psíquico.

7) Perguntou se a instituição estaria preparada para a demanda que iria surgir, caso a escala fosse aplicada. Acredita que muitos dos pacientes da unidade responderiam Sim para as perguntas 1 e 2. Perguntou qual seria a frequência de aplicação do instrumento.

6. Sugestões dos Entrevistados:

1) Questionou compreensão sobre consumo de álcool pelo público leigo. Substituiria consumo de álcool por ingestão de bebida alcóolica, como uma adaptação cultural.

2) Comenta que a palavra “angústia” aparece muito nos relatos dos pacientes e poderia ser incluída na questão 4. Sugeriu a pergunta “tem vontade de se machucar” além de “tirar sua vida”, para contemplar outros riscos que podem levar a suicídio, como pode ocorrer em pacientes borderline.

3) Nenhuma sugestão

4) Sugeriu clarificar na pergunta 2 o que seria “perder o interesse pelas coisas”. Sugeriu que pudesse ficar mais clara a temporalidade dos sintomas. “Não definir a temporalidade pode positivar com relação a situações já passadas”, disse. Sugeriu uma régua de intensidade para os sintomas, perguntando o quanto o sintoma tem afetado a sua vida. Aí teria que definir o que seria considerado positivo na régua. Sugeriu algo entre 60-70 na régua.

- 5) Achou que poderia ser importante perguntar o impacto/repercussão sobre a vida na pergunta 1. Perguntar se houve alguma mudança de comportamento.
- 6) Nenhuma sugestão
- 7) Nas perguntas 1 e 2 sugeriu ter alguma “ajudinha” ou “cola” para situações que não seriam respondidas com facilidade como Sim ou Não.

6.9 ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

Após as entrevistas com os juízes, cada sugestão e comentário foi analisado individualmente para fins de decisão sobre acatá-los ou não e serão descritos abaixo:

O comentário sobre esclarecimentos e “ajudinha” para o entrevistador foi incluído na forma de um apêndice contendo informações complementares conceituais e sugestões com outras formas de serem feitas as perguntas, caso não estejam suficientemente claras ao entrevistado. As informações adicionais também podem ser importantes para o entrevistador.

A expressão “dificuldades para dormir”, foi substituída por “dificuldades com o sono” para englobar também as dificuldades para manter o sono ao longo da noite.

A pergunta a respeito de delirium não foi incluída porque não estava presente nos instrumentos que foram a base para este novo produto. Além disso, trata-se de uma condição neuropsiquiátrica que é uma complicação médica e que não necessariamente exige uma intervenção psiquiátrica. Existe uma série de instrumentos específicos disponíveis para screening de delirium em hospital geral e sua avaliação requer tanto perguntas diretas ao paciente como a observação dele, de forma que se tornaria um instrumento mais específico do que o que está sendo proposto. No caso desta ferramenta, presume-se que um paciente em delirium, teria dificuldades para respondê-la.

Com relação ao ponto sobre o número de questões para positivar na pontuação do instrumento, como se tratou mais de uma reflexão do que uma sugestão, optou-se por manter a pontuação. Do mesmo modo, quanto a uma possível sensibilidade excessiva das questões 1 e 2, decidiu-se por manter a pontuação da mesma forma. É sabido que sensibilidade e pontuação só poderão ser medidas através de pesquisa de validação do produto proposto.

Houve comentários antagônicos entre os entrevistados com relação ao termo “saúde emocional” utilizado no instrumento original. Considerou-se muito importante a escolha de um termo que

fizesse menção das equipes de saúde mental nos hospitais, introduzindo o termo “mental” como algo pertencente ao ambiente hospitalar. Assim, foi substituída a expressão “saúde emocional” por “saúde mental”.

A sugestão específica relacionada ao álcool foi acatada e a expressão “consumo de álcool” foi substituída por “ingesta de bebida alcóolica”, se tornando realmente mais elucidativa.

A observação sobre temporalidade dos sintomas não foi acatada, mas foi considerada. Assim a temporalidade foi excluída totalmente pois, neste caso, não há preocupação diagnóstica e não é preciso estabelecer relação com o tempo. O instrumento está focado na emoção do paciente no momento presente, que é o momento da atual internação hospitalar.

A sugestão de se avaliar o impacto/repercussão dos sintomas na pergunta 1 não foi acatada. Não se considerou importante verificar tal aspecto, pois isso seria semelhante a avaliar funcionalidade, o que não se faz necessário para proposta de um instrumento de rastreio. Além disso, a funcionalidade do paciente já estaria algo prejudicada pelo próprio fato de estar internado.

O apontamento sobre “vontade de se machucar” relacionado a pacientes borderline não foi incluído por não ser algo relevante pensando em prevalência no hospital geral. Mania e psicose não foram incluídas pela mesma razão. Já suicídio foi contemplado, embora não altamente prevalente no hospital, pela sua gravidade e repercussão.

Por fim, a sugestão de se avaliar a intensidade dos sintomas nas respostas, ao invés de somente “sim” ou “não”, não foi acatada, pois não se considerou necessário e nem prático para a composição de um instrumento de rastreio.

A expressão “perder o interesse pelas coisas” da questão 2 foi mantida, visto que é dessa forma que a pergunta é apresentada na Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (FIRST *et al.*, 2017).

Posteriormente às alterações realizadas em decorrência das contribuições dos juízes, fez-se última modificação no instrumento baseada em ponderação sobre como determinada ordem das perguntas poderia torná-lo mais aceitável ao entrevistado e entrevistador. Assim, as questões foram ordenadas de maneira que a questão sobre suicídio aparecesse por aproximação, a partir da série de questões de humor, tornando-se parte de um contexto.

Por fim foi ajustado e concluído o instrumento para sua proposta final (tabelas 12 A e B).

Tabela 12A – Instrumento em versão final após adequação

SCREENING DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL			
<p>Nesta breve entrevista, irei realizar algumas perguntas a respeito de como você está se sentindo neste momento de vida. Por favor, responda Sim ou Não. OBS: se não estiver claro, vide as informações complementares.</p>			
1. Você tem se sentido desanimado ou triste?	Sim	Não	?
2. Você vem perdendo o interesse pelas coisas?	Sim	Não	?
3. Você tem se sentido excessivamente preocupado, tenso, nervoso ou angustiado?	Sim	Não	?
4. O pensamento de tirar sua vida tem passado pela sua cabeça?	Sim	Não	?
5. Você tem apresentado dificuldades com o sono?	Sim	Não	?
6. Alguma vez você sentiu que deveria reduzir a ingestão de bebida de álcool ou parar de beber?	Sim	Não	?
<p><u>Pontuação:</u> Se houver duas respostas Sim, o rastreio será considerado positivo. Se a resposta das questões 4 ou 6 for Sim, o rastreio será considerado automaticamente positivo.</p> <p><u>Resultado:</u> Se o resultado da entrevista for positivo, sugere-se acionar consultoria psiquiátrica.</p>			

Tabela 12 B – Complemento do instrumento final

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Questão	Sintoma	Definição Conceitual	Esclarecimentos
1	Humor deprimido	Humor (ou estado de ânimo) é o tônus afetivo ou estado emocional do indivíduo.	E quanto a se sentir abatido, vazio, deprimido ou sem esperança?
2	Anedonia	Anedonia é a perda ou a dificuldade em sentir prazer em experiências da vida.	Você sentiu menos interesse (ou prazer) pelas coisas (ou atividades) de que gosta?
3	Ansiedade	Antecipação apreensiva de perigo ou desgraça futuros, acompanhada por um sentimento de preocupação e tensão.	Você tem se preocupado mesmo quando não há motivos para isso? Se preocupou mais do que as outras pessoas ou mais do que deveria para a situação?
4	Suicídio	Ato de causar a própria morte de forma intencional.	As coisas estão tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor que estivesse morto?
5	Insônia	Queixa subjetiva de dificuldade em conciliar ou manter o sono ou de um sono de qualidade ruim.	Como você tem dormido? Tem problemas para iniciar o sono, tem problemas para permanecer dormindo ou tem acordado cedo demais?
6	Transtorno por Uso de Álcool	Incapacidade de controlar o consumo de bebidas alcoólicas que pode surgir a partir de uso repetido ou contínuo importante.	A pergunta é aplicável somente se o paciente faz uso de álcool. Você quis parar, reduzir ou controlar os seus hábitos de consumo de álcool?

7. DISCUSSÃO

A literatura aponta que a presença da comorbidade psiquiátrica em hospital geral impacta em desfechos desfavoráveis em saúde, tanto no que se refere à qualidade de vida, como a tempo, re-hospitalizações e custos de internação (JANSEN *et al.*, 2018). A identificação precoce de casos psiquiátricos e tratamento deles é capaz de promover melhores desfechos justificando sua existência. Assim, o uso de um bom instrumento de rastreamento é claramente indicado para a detecção dessas condições. Diante da escassez identificada em bases de dados de métodos de detecção para possíveis casos psiquiátricos que sejam breves, de fácil aplicação e voltados ao contexto do hospital geral, este estudo almejou a elaboração de um instrumento específico para este fim.

O *Screening* e Saúde Mental em Hospital Geral (SSMHG) é a primeira medida brasileira elaborada para identificação precoce de possíveis casos psiquiátricos em hospital geral. O produto desta pesquisa é uma breve ferramenta composta por 6 questões, com tempo para aplicação de no máximo 2 minutos. Ele foi desenhado baseado nas condições psiquiátricas mais prevalentes em ambiente hospitalar e nos instrumentos existentes relacionados ao tema. Em contraste com outras escalas de rastreio bastante utilizadas, essa não contém itens de sintomas somáticos, justamente para se evitar confusão com sintomas físicos altamente frequentes entre os pacientes em internações clínicas. Foi também desenvolvido considerando vários quesitos necessários para a construção de uma ferramenta de medidas a ser aplicada por profissionais de saúde não especialistas, tais como clareza, praticidade, relevância e ser considerado utilizável por esses profissionais. Um aspecto importante da pesquisa foi incluir as entrevistas com os juízes para a avaliação do conteúdo do instrumento, dentro de padrões recomendados. A literatura recomenda que um painel de experts deveria ter, no mínimo, dois revisores experts no conteúdo da área a ser mensurada e, no mínimo, um expert com conhecimentos a respeito da construção de instrumentos (DAVIS, 1992). Conforme revelou o resultado da análise das entrevistas, o produto foi julgado unanimemente como sendo claro, prático, relevante e utilizável.

O SSMHG apresenta então em suas características aspectos diferenciais que parecem suprir uma carência identificada na literatura: ser breve, não requerer maior treinamento, ser prático, ser específico para o meio hospitalar, não ser específico para um determinado diagnóstico psiquiátrico, ter sido desenvolvido para o público brasileiro. Os cinco instrumentos localizados inicialmente na literatura, contêm algumas destas características, mas não todas em um mesmo

instrumento. Não foram localizadas ferramentas específicas para rastreio psiquiátrico em hospital geral e as encontradas haviam sido desenvolvidas para rastreio em atenção primária ou prática médica geral. Outro diferencial do produto, que constava apenas no instrumento SRQ-20, foi uma questão englobando suicídio. Embora o ato suicida não seja uma das condições psiquiátricas mais prevalentes em internação hospitalar, e acontece mais frequentemente em hospitais psiquiátricos, considerou-se de extrema importância incluir a temática. Suicídio é considerado um evento adverso não ambíguo (claramente identificado e mensurável), sério (resultando em morte ou prejuízo significativo) e geralmente evitável (WILLIAMS *et al.*, 2018). Atualmente hospitais devem implementar screenings e avaliações para identificação de pacientes em risco suicida, justificando-se a inclusão da questão (INTERNATIONAL JC, 2017).

A SSMHG dialoga principalmente com os instrumentos MHI-5 e SCL-8 em sua composição de itens e brevidade, contudo os dois abarcam somente conteúdos de depressão e ansiedade, conhecidos como transtornos mentais comuns. De fato, nenhum desses instrumentos englobou de forma mais breve a maioria das situações hospitalares mais prevalentes e relevantes, diferente da preocupação do atual estudo. O uso de álcool foi abordado somente na ferramenta CMDQ, a qual é composta por outras subescalas, sendo o CAGE uma delas. A valorização da temática do uso de álcool e inclusão da primeira questão do CAGE também é um ponto diferencial deste instrumento.

A principal limitação do estudo é que ainda não foram avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento. Quando se utilizam escalas de saúde mental para fins de identificação de prováveis casos psiquiátricos, a utilidade da escala é determinada pela sua habilidade de identificar corretamente aqueles com (sensibilidade) e sem (especificidade) o diagnóstico em questão. A habilidade desta escala de discriminar entre aqueles com e sem transtorno mental é o indicador da validade desta escala como uma medida de saúde mental (GILL *et al.*, 2007). Já a confiabilidade indica a coerência de um teste, sua constância de resultados quando são comparados resultados em situações semelhantes e sucessivas (BOLSONI; ZUARDI, 2015). Outra falta do estudo é que, ao final do processo, foram localizados outros dois instrumentos de screening para morbidade psiquiátrica que não haviam sido encontrados pelos buscadores nas bases de dados. O 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) foi identificado como um instrumento válido para medir saúde mental em estudos epidemiológicos, com um AUC de 0,86 para qualquer transtorno mental comum. O artigo não apresentou a escala e nem o seu conteúdo (GILL *et al.*, 2007). O Brief Symptom Rating Scale (BPRS-5) foi considerado satisfatório para

diferenciar casos e não casos psiquiátricos na prática clínica com sensibilidade de 78,9% e especificidade de 69,9%. O conteúdo das questões foi apresentado e consiste em itens de depressão e ansiedade (LEE *et al.*, 2003). Posteriormente, também foi localizada uma revisão sistemática específica sobre características psicométricas de instrumentos breves para rastreamento de múltiplos transtornos mentais, a qual identificou 8 estudos que analisaram confiabilidade e/ou consistência interna. Seus resultados mostraram índices bastante satisfatórios, porém o foco da pesquisa era rastreio em cuidados primários de saúde (BOLSONI; ZUARDI, 2015). Considerou-se também uma limitação, o produto não incluir o fenômeno delirium, de alta prevalência nos ambientes hospitalares. A ausência desse conteúdo em todas as ferramentas localizadas e a existência de diversas escalas específicas para delirium denota se tratar de uma morbidade neuropsiquiátrica complexa que requer abordagem e treinamento específicos pelas equipes assistenciais. Além disso, em virtude de o delirium ser mais espontaneamente observável em sua apresentação clínica, se enquadraria em uma condição com uma forma diversa de rastreio, quando comparada as questões psiquiátricas comumente “não visíveis” no hospital geral, que são a temática deste projeto.

Outro aspecto importante a ser discutido foi a carência de ferramentas voltadas para a identificação de casos psiquiátricos em hospital geral. De certa forma, a constatação parece ter relação com o pouco espaço que a saúde mental segue ocupando dentro dos hospitais clínico-cirúrgicos, possivelmente como reflexo de estigma e preconceito ainda existentes em nossos tempos. Afinal, para uma condição ser identificada e tratada, antes ela precisa ser valorizada e reconhecida.

Enfim, é necessário novo estudo quantitativo para que se possa mensurar a validade e confiabilidade do SSMHG. Até o presente momento, contando com análise inicial qualitativa bastante satisfatória e trazendo a novidade de ser voltado para o setting hospitalar, o SSMHG pode ser considerado um instrumento promissor para a identificação de possíveis casos psiquiátricos no hospital geral em nosso meio.

8. CONCLUSÃO

O presente projeto, partindo de revisão narrativa de ferramentas existentes para rastreamento de casos psiquiátricos e tendo como intento contribuir com propósito da Psiquiatria Proativa, oferece como produto um novo instrumento *screening* de prováveis casos psiquiátricos voltado para o setting hospitalar geral. O SSMHG contém 6 questões que abordam sintomas depressivos, sintomas ansiosos, uso de álcool e risco de suicídio. Sua validade de conteúdo foi avaliada por painel de juízes da área de interesse que o classificou como claro, prático, relevante e utilizável.

9. REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição**. 5ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *E-book*.

AROLT, Volker; DRIESSEN, Martin; DILLING, Horst. The Lübeck general hospital study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 207–216, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13651509709024728>

BOLSONI, Livia Maria; ZUARDI, Antonio Waldo. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 64, n. 1, p. 63–69, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000058>

BOTEGA, N. J. *et al.* Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using “lay” interviewers in a Brazilian hospital. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 127–131, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00802041>

BOTEGA, Neury José *et al.* Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 250–256, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000016>

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral - interconsulta e emergência**. 3ª ed. [S. l.: s. n.]. *E-book*.

CHRISTENSEN, Kaj Sparle *et al.* A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: The CMDQ. **Family Practice**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 448–457, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi025>

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BORSA, Juliane Callegaro; KOLLER, Silvia Helena. Adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the five-item mental health index (MHI-5). **Psicologia: Reflexao e Critica**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 323–330, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427213>

DAVIS, Linda Lindsay. Instrument Review: Getting the Most From a Panel of Experts. **Appl Nurs Res**, [S. l.], p. 194–197, 1992.

FINK, P. *et al.* Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 92, n. 6, p. 409–418, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09605.x>

FIRST, Michael B. *et al.* **Entrevista Clínica Estruturada Para os Transtornos do DSM-5 -**. [S. l.: s. n.]. *E-book*.

GILL, Sarah C. *et al.* Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. **Psychiatry Research**, [S. l.], v. 152, n. 1, p. 63–71, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.11.005>

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. 1ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

HANSEN, Morten Steen *et al.* Mental disorders among internal medical inpatients: Prevalence, detection, and treatment status. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 50, n. 4, p. 199–204, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00230-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00230-0)

INTERNATIONAL JC. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6th ed. **United states. Joint Commission Resources**, [S. l.], n. July, p. 43- 8 p, 2017.

JANSEN, Luc *et al.* Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 1–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194029>

JESUS MARI, Jair De; WILLIAMS, Paul. A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (Ghq-12 and Srq-20) In Brazil, Using Relative Operating Characteristic (Roc) Analysis. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 651–659, 1985.

Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291700031500>

JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH. **Liaison Mental Health Services To Acute Hospitals**. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-liaison-guide.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

LEE, Ming-Been *et al.* Development and Verification of Validity and Reliability of a Short Screening Instrument to Identify Psychiatric Morbidity. **J Formos Med Assoc**, [S. l.], v. 102, n. 10, p. 687–694, 2003.

LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: The first half century. **General Hospital Psychiatry**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 305–315, 1986. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(86\)90046-0](https://doi.org/10.1016/0163-8343(86)90046-0)

MARTUCCI, M. *et al.* Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 823–832, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291799008491>

MATCHAM, Faith *et al.* Smoking and common mental disorders in patients with chronic conditions: An analysis of data collected via a web-based screening system. **General Hospital Psychiatry**, [S. l.], v. 45, p. 12–18, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.11.006>

OLDHAM, Mark A.; CHAHAL, Khushminder; LEE, Hochang B. A systematic review of proactive psychiatric consultation on hospital length of stay. **General Hospital Psychiatry**, [S. l.], v. 60, n. August, p. 120–126, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.08.001>

PUMARIEGA, Andres J. *et al.* Systematic Suicide Screening in General Hospital Setting: Process and Inicial Results. **World Social Psychiatry**, [S. l.], v. 2, p. 31–42, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4103/WSP.WSP_26_19

RUMPF, Hans Jürgen *et al.* Screening for mental health: Validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. **Psychiatry Research**, [S. l.], v. 105, n. 3, p. 243–253, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00329-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8)

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria**. [S. l.: s. n.]. E-book.

SARAVAY, Stephen M.; LAVIN, Michael. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the

General Hospital: A Critical Review of Outcome Studies. **Psychosomatics**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 233–252, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71772-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71772-2)

SLEDGE, William H. *et al.* Multidisciplinary proactive psychiatric consultation service: Impact on length of stay for medical inpatients. **Psychotherapy and Psychosomatics**, [S. l.], v. 84, n. 4, p. 208–216, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000379757>

SLEDGE, William H.; LEE, Hochang B. **Proactive Psychiatric Consultation For Hospitalized Patients, A Plan for the Future**. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hblog20150528.048026>.

SMAIRA, Sumaia Inaty; KERR-CORRÊA, Florence; CONTEL, José Onildo B. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: A case- control study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 18–25, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100005>

SOCKALINGAM, Sanjeev *et al.* Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay. **Psychosomatics**, [S. l.], v. 57, n. 3, p. 264–272, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psymb.2016.01.005>

STERN, Theodore A.; ET AL. **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. 6 edition ed. [S. l.]: Saunders Elsevier, 2010. *E-book*.

VULSER, Hélène *et al.* Association between the timing of consultation-liaison psychiatry interventions and the length of stay in general hospital. **British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 218, n. 4, p. 204–209, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.233>

WARE, JR., John E.; GANDEK, Barbara. The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. **International Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 49–73, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449283>

WILLIAMS, Scott C. *et al.* Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [S. l.], v. 44, n. 11, p. 643–650, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.002>

WOLFF, Jan *et al.* Hospital costs associated with psychiatric comorbidities: A retrospective study. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2892-5>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide worldwide in 2019: global health estimates.** [S. l.: s. n.]. *E-book*.

10. ANEXOS

10.1 CARTA CONVITE



PREZADO PROFISSIONAL,

VENHO ATRAVÉS DESTA CONVIDAR-TE A PARTICIPAR COMO JUÍZ AVALIADOR DE UMA DAS ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO QUE VIRÁ A SER FRUTO DE MEU MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. TRATA-SE DE UM INSTRUMENTO DE SCREENING DE SAÚDE EMOCIONAL PARA O CONTEXTO HOSPITALAR, ATRAVÉS DO QUAL SE ALMEJA CONTRIBUIR PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE SITUAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NESTE MEIO.

O CONVITE CONSISTE BASICAMENTE EM LER ATENTAMENTE O INSTRUMENTO DE 6 QUESTÕES E, POSTERIORMENTE, PARTICIPAR DE UMA BREVE ENTREVISTA VIRTUAL PARA FINS DE AVALIAÇÃO DESTA PRODUTO. O PROCESSO PODE DURAR CERCA DE 10 MINUTOS.

EM CASO DE ACEITE, POR FAVOR FAZER CONTATO. SUA PARTICIPAÇÃO TEM IMENSA IMPORTÂNCIA NESTE PROJETO!

GRATA PELA ATEÇÃO!

Aletéia Crestani

(51) 999332486

20/05/2021



10.2 TCLE

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para o participante profissional da saúde.

Nº CAAE ____35302920200005327____

Título do Projeto:

Desenvolvimento De Instrumento De Screening De Casos Psiquiátricos Em Hospital Geral Como Parte De Um Modelo De Psiquiatria Proativa

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver um instrumento de rastreio de casos psiquiátricos no hospital geral. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar deste estudo, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma breve entrevista semiestruturada em um local do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com a condução da pesquisadora Aletéia Crestani. Neste encontro, com duração aproximada de 10 minutos, será realizada uma qualificação do instrumento desenvolvido na pesquisa.

Você terá de ler o instrumento composto por algumas questões. Em um segundo momento, você será questionado sobre o quão prático julga o instrumento e se você o utilizaria na sua prática no hospital geral. Também será convidado a comentar a respeito. A pesquisadora registrará todos os seus comentários e sugestões.

Não haverá benefício direto pela sua participação nesta pesquisa, porém, contribuirá de forma indireta para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes no ambiente hospitalar. Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e cancelar esta autorização, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação e você não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Maurício Kunz (51) 33598845, com a pesquisadora Aletéia Crestani pelo telefone (51) 999332486 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Nome do participante de pesquisa

Assinatura do participante de pesquisa

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data: _____

10.3 APRESENTAÇÃO PARA A ENTREVISTA DOS JUÍZES

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
TRANSTORNOS ADITIVOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE SCREENING DE
CASOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL COMO PARTE
DE UM MODELO DE PSIQUIATRIA PROATIVA**

Aletéia Crestani
2021



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCE)

TÍTULO DO PROJETO: DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE SCREENING DE CASOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL (CGH) PARTE DE UM MODELO DE PSIQUIATRIA PROATIVA.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver um instrumento de rastreio de casos psiquiátricos no hospital geral. Sua presença não sendo necessária para o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental, Transornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MCPA).

Se você aceita participar desta pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Primeiramente receberá por e-mail uma TCE e um código do instrumento de screening desenvolvido como produto do mestrado. É importante que se deva entregar preenchido em três meses seguintes.

Confirma e se disponibiliza, após agendada e validada uma breve entrevista oral com duração de 10 minutos de duração. No início do encontro haverá uma breve apresentação do instrumento e depois será oferecido o instrumento desenvolvido anteriormente, através do qual o instrumento de pesquisa poderá ser aplicado. A entrevista será conduzida pela pesquisadora Aletéia Crestani.

Após essa breve entrevista, você e o(a) paciente(a) irão se encontrar no local e momento a ser definido em sua unidade no hospital geral. Também será necessário o consentimento do paciente. Será agendada a aplicação do teste em sua comunidade e o seguinte:

Uma breve aplicação do instrumento de pesquisa de modo prático, com a presença de todos os profissionais da comunidade onde a pesquisa ocorrerá. A aplicação será realizada em um ambiente adequado para a realização da pesquisa, com a presença de todos os profissionais da comunidade onde a pesquisa ocorrerá. Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você não queira participar, não há qualquer penalidade ou sanção para você. Também não haverá qualquer benefício para quem não participar.

Se você não puder comparecer ao local, não há nenhuma penalidade para quem não participar. A pesquisa será realizada em um ambiente adequado. Caso ocorra alguma emergência ou caso necessário de sua participação na pesquisa, será enviado todo o suporte necessário, por meio eletrônico.


Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma anônima, sem a identificação dos participantes. No caso, se não houver interesse em participar, não haverá qualquer penalidade ou sanção.

Este estudo tem como objetivo avaliar a validade e a praticabilidade do instrumento desenvolvido. Os resultados serão apresentados de forma anônima, sem a identificação dos participantes. No caso, se não houver interesse em participar, não haverá qualquer penalidade ou sanção.

Este estudo tem como objetivo avaliar a validade e a praticabilidade do instrumento desenvolvido. Os resultados serão apresentados de forma anônima, sem a identificação dos participantes. No caso, se não houver interesse em participar, não haverá qualquer penalidade ou sanção.


Este termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e compreendido por todos os participantes e assinado por eles.

Nome do participante de pesquisa	Nome do pesquisador
Assinatura do participante de pesquisa	Assinatura do pesquisador
Data:	



Sabe-se hoje que 1/4 dos paciente admitidos em hospital geral, por doença física, também tem uma condição mental que, na maioria dos casos, não é tratada enquanto o paciente está hospitalizado.

JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH, 2012.




Essa lacuna de situações emocionais, quando identificada precocemente, pode então se beneficiar da atenção da psiquiatria hospitalar, a qual oferece melhor cuidado ao paciente, tanto na esfera física como emocional.


Precisamos melhorar!

Neste contexto, está sendo desenvolvido um instrumento que tem por objetivo a identificação precoce dessas situações que carecem de uma atuação proativa em psiquiatria hospitalar:


Screening de Saúde Emocional em Hospital Geral



Você foi convidado a participar da avaliação deste instrumento por preencher requisitos profissionais necessários para julgá-lo quanto a sua validade e praticabilidade.



A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir.




A praticabilidade refere-se aos aspectos práticos da utilização do instrumento, levando-se em conta a facilidade e tempo da administração e a interpretação dos resultados.

Quais são as expectativas?




- A expectativa é de que o instrumento possa ser sensível o suficiente para detectar precocemente situações psiquiátricas mais prevalentes no momento da admissão no hospital geral.
- Ou seja, espera-se que o instrumento seja capaz de detectar casos com indicação de avaliação psiquiátrica e não que seja um instrumento diagnóstico.
- Espera-se também que seja breve e de fácil aplicação por profissionais de saúde não psiquiatras.
- Suprir a carência de um instrumento de rastreio para tal finalidade.

Peço, por gentileza, que você:



Primeiro leia atentamente o instrumento.



Em seguida, responda a entrevista de avaliação semi-estruturada.

SCREENING DE SAÚDE EMOCIONAL EM HOSPITAL GERAL		
Nesta breve entrevista, irei realizar algumas perguntas a respeito de como você tem se sentido nos últimos dias. Por favor, responda Sim ou Não.		
1. Você tem se sentido desanimado ou triste?	Sim	Não
2. Você vem perdendo o interesse pelas coisas?	Sim	Não
3. Você tem apresentado dificuldades para dormir?	Sim	Não
4. Você tem se sentido excessivamente preocupado, tenso ou nervoso?	Sim	Não
5. O pensamento de tirar sua vida tem passado pela sua cabeça?	Sim	Não
6. Alguma vez você pensou que deveria reduzir o consumo de álcool?	Sim	Não
Interpretação: Se a resposta das questões 5 ou 6 for Sim, o rastreio será considerado automaticamente positivo. Se entre as questões de 1-4, houver duas respostas Sim, o rastreio será considerado positivo. Resultado: Se o resultado da entrevista for positivo, deverá ser encaminhado consultoria psiquiátrica.		

Avaliação de Validade de Conteúdo	
1. O quanto clara você julga a redação do instrumento?	
2. O quão prático você julga o instrumento?	
3. O quanto você considera o instrumento pertinente/adequado/jem atingir o objetivo proposto?	
4. Você o utilizaria em sua prática profissional?	
5. Comentar a respeito:	
6. Você tem alguma sugestão a respeito do instrumento?	



10.4 RESULTADOS ENTREVISTAS COM JUÍZES

Juiz	Clareza	Praticidade	Relevância	Utilizaria?	Comentários	Sugestões
1	Super claro, inteligível, super adequado para público leigo	Praticidade ótima, é rápido, bem adaptado ao nível de instrução dos pacientes	Ótimo, muito bom para screening de sintomas	Utilizaria	# Gostou da expressão saúde emocional. # Utilizaria na anamnese de enfermagem como complemento, visto que é uma avaliação mais global. O instrumento ajudaria na tomada de decisão.	# Questionou compreensão sobre consumo de álcool pelo público leigo. # Substituiria consumo de álcool por ingestão de bebida alcoólica, como uma adaptação cultural.
2	Clara, ótima	Super prático e de fácil aplicação	Super pertinente e 100% necessário	Utilizaria	# Comentou que os pacientes podem apresentar também dificuldade para manter o sono, além de dificuldades para iniciar o sono. # Disse achar interessante as escalas que têm um ponto de interrogação onde há sugestões de como fazer a pergunta se a pessoa não compreender. São esclarecimentos sobre a pergunta que está sendo feita.	# Comenta que a palavra “angústia” aparece muito nos relatos dos pacientes e poderia ser incluída na questão 4. # Sugeriu a pergunta “tem vontade de se machucar” além de “tirar sua vida”, para contemplar outros riscos que podem levar a suicídio, como de pacientes borderline.
3	Bastante claro	Bastante prático	Disse que é super válido como um instrumento de rastreio.	Sim. Utilizaria.	# Disse que o instrumento faz pensar nas grandes síndromes, mas sentiu falta de uma pergunta a respeito de delirium, pela prevalência em hospital geral # Disse ter, pessoalmente, implicância com o termo “emocional” e pensa que poderia ser “psiquiátrico” mesmo, trazendo a ideia de que a psiquiatria está inserida no hospital, como as outras especialidades. Acha o termo emocional um tanto amplo. A palavra “emocional” dá a ideia de um tempo em que o emocional era separado do biológico e da época em que o psiquiatra não participava do hospital geral como as outras especialidades.	
4	Super clara, mas trouxe uma ressalva na pergunta 2 sobre o que é “coisas”.	Super prático	Perfeita a ideia de desenvolver um instrumento de rastreio	Utilizaria	# Gostou de como foi sugerida a pontuação. Mas ficou em dúvida de utilizar duas ou três positivas entre as quatro primeiras para positivar. Mas achou que duas está	# Sugeriu clarificar na pergunta 2 o que seria “perder o interesse pelas coisas”. # Sugeriu que pudesse ficar mais clara a temporalidade

					<p>bem para fazer um teste piloto.</p> <p># Perguntou quais são as situações mais prevalentes no HG. Disse ter sentido falta de pergunta relacionada a psicose ou mania. Questionou o quanto são prevalentes e se seria indicado rastrear.</p> <p># Comentou que a consultoria psiquiátrica deixaria de ter uma indicação subjetiva.</p>	<p>dos sintomas. Não definir a temporalidade pode positivar com relação a situações já passadas. Sugeriu uma régua de intensidade para os sintomas, perguntando o quanto o sintoma tem afetado a sua vida. Aí teria que definir o que seria considerado positivo na régua. Sugeriu algo entre 60-70 na régua.</p>
5	Clara	Muito prático	Muito pertinente	Utilizaria com certeza	<p># Achou o instrumento superimportante, gostou muito da ideia.</p> <p># Achou que a pergunta 1 é muito ampla e que poderia ficar sensível demais.</p> <p>“Gosto do termo “saúde emocional” porque transmite uma fala mais ampla do que “saúde mental”. Talvez ajude a inserir mais as equipes de saúde mental nos hospitais, assim como em outras especialidades.”</p> <p># Quis esclarecer se a ideia da pergunta 5 era perguntar sobre tirar a vida mesmo, já que é uma pergunta bastante específica e objetiva.</p>	<p># Achou que poderia ser importante perguntar o impacto/repercussão sobre a vida na pergunta 1. Perguntar se houve alguma mudança de comportamento.</p>
6	Bem clara	Extremamente prático, objetivo e factível. Achou bem simples.	Bem pertinente para a realidade hospitalar. Tem grande relevância.	Utilizaria com certeza. Aplicaria sem nenhuma dificuldade.	<p># Não compreendeu a pergunta 6. Questionou se parte do pressuposto que a paciente ingere álcool.</p> <p># Achou que o instrumento tem grande relevância na realidade que estamos vivendo. Tem a ideia de que os pacientes cada vez mais estão necessitando de um olhar sobre o psíquico.</p>	
7	Bem clara	Bem Prática	Bem relevante	Sim	<p># Perguntou se a instituição estaria preparada para a demanda que iria surgir, caso a escala fosse aplicada. Acredita que muitos dos pacientes da unidade responderiam Sim para as perguntas 1 e 2.</p> <p># Perguntou qual seria a frequência de aplicação do instrumento.</p>	<p># Nas perguntas 1 e 2 sugeriu ter alguma “ajudinha” ou “cola” para situações que não seriam respondidas com facilidade como Sim ou Não.</p>

