

Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra*

SÉRGIO C.E.P. MACHADO¹, PAULO B. DE ABREU², FLÁVIO PECHANSKY³,
FERNANDO M. SCHNEIDER⁴, VALKÍRIA S. ALBERTI⁴, GISELE GUS⁵,
MARIA C.G. VASCONCELOS⁵, DENISE B. ROCHA⁶, LORENA CALEFI⁶ E LUÍS R. BENIA⁷

Os autores investigaram a detecção de sintomas depressivos por especialistas não-psiquiatras em pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A detecção dos sintomas foi correlacionada com o diagnóstico de Depressão (pela CID-9) obtido por psiquiatras através de entrevistas semi-estruturadas, seguidas da aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e do Minixame do Estado Mental (MMSE). Os achados indicam que os especialistas não-psiquiatras detectaram depressão em grau menor do que os psiquiatras. Também foi demonstrado que tal detecção pode ser aprimorada em até 40% pela investigação ativa de humor depressivo, bem como quando se considera o diagnóstico de depressão quando o paciente se queixa de sintomas somáticos sem proporção com as evidências clínicas. Estes achados sustentam a recomendação de aprimorar a educação médica através de maior integração entre a psiquiatria e a prática clínica.

Depression at general hospital II: ability to detect depressive symptoms by none-psychiatrists

The authors studied the detection of depressive symptoms by non-psychiatry specialists in hospitalized patients at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The detection of depressive symptomatology was correlated with ICD-9 diagnosis of Depression obtained by psychiatrists in semi-structured interviews followed by application of the Beck Depression Inventory (BDI) and the Mini-Mental State Examination (MMSE). The results indicated that non-psychiatry specialists detected depression in a lesser degree than psychiatrists. It was also shown that their detection could be enhanced in about 40% if they performed active investigation of depressive mood, and if they also considered about diagnosing depression when the patient com-

plained about somatic symptoms disproportionately to clinical evidence. These findings support the recommendation to improve medical education through greater integration of Psychiatry in clinical clerkship.

Palavras-chave: *Depressão; Detecção pelo especialista não-psiquiatra; Psiquiatria no hospital geral.*

Key words: *Depression; Detection by the non-psychiatry specialist; Psychiatry in the general hospital.*

INTRODUÇÃO

A ocorrência de quadros depressivos concomitantes ou secundários a doenças orgânicas é fato bem estabelecido na literatura (BECK, 1961; CAVANAUGH, 1983; CHARLES, 1982; COULEMAN e col., 1988). Quer como experiência de vida (tristeza), quer como manifestação psiquiátrica, a depressão é um dos fenômenos psíquicos que mais frequentemente acompanha doenças orgânicas, juntamente com a ansiedade. Diferentes trabalhos têm encontrado quadros depressivos com intensidade variável de 20 a 30% (com extremos de seis a 60%), nos pacientes clínicos atendidos a nível hospitalar e/ou ambulatorial (BLACKER e CLARE, 1987; CASSEM, 1987; CAVANAUGH, 1983; CORDIOLI e col., 1986; SCHWAB e col. (1967a e 1967b); WELLS e col., 1988; WLNOKUR e col., 1988).

A detecção destes quadros tem importância prática, uma vez que se sabe que a morbimortalidade clínica está aumentada em indivíduos com sintomas depressivos (CAVANAUGH, 1983). As dificuldades do especialista não-psiquiatra em diagnosticar manifestações depressivas em pacientes clínicos podem situar-se tanto na identificação dos sintomas quanto na valorização dos dados obtíveis através de anamnese cuidadosa (MACHADO e col., 1987).

Em atividades de consultório e em atendimentos de plantão, os residentes de psiquiatria do HCPA têm-se deparado com frequência com pacientes internados em leitos clínicos que apresentam sintomas depressivos (CORDIOLI e col., 1986). Neste estudo, investigamos a frequência

* Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

1. Professor Adjunto do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Chefe do Serviço de Psiquiatria do HCPA. MPH, Johns Hopkins University.
2. Professor Assistente do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. MHS, Johns Hopkins University.
3. Psiquiatra. Pós-graduado pela UFRGS.
4. Médico-residente em Psiquiatria (2º ano) do HCPA.
5. Médico-residente em Psiquiatria (1º ano) do HCPA.
6. Doutoranda da Fac. Med. UFRGS. Monitora do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.
7. Doutorando da Fac. Med. UFRGS. Monitor da Assessoria Científica da Fac. Med. UFRGS.

de depressão**, bem como a habilidade do especialista não-psiquiatra em detectá-los. Esta habilidade pode ser um dos indicadores da qualidade do ensino médico de psiquiatria. A questão do ensino é relevante, uma vez que há uma série de conhecimentos em psiquiatria que são necessários ao especialista não-psiquiatra; dentre esses, a detecção de sintomas depressivos é especialmente importante, pelo risco de suicídio freqüentemente a ela associado, e uso prolongado de instituições por parte do paciente, e baixa adesão ao tratamento, etc.

Uma forma preliminar deste estudo já foi apresentada anteriormente (MACHADO e col., 1988), sendo esta uma versão ampliada e revista.

PACIENTES E MÉTODOS

Sujeitos

A população em estudo era formada por pacientes internados em leitos clínicos do HCPA, um hospital geral universitário que atende pacientes previdenciários e privados. Dos 225 leitos das seis unidades clínicas existentes no HCPA, foram selecionados aleatoriamente 134.

Crítérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão exigiam do paciente:

- Idade mínima de 16 anos;
 - Condições clínicas de entrevista, com aptidão a responder questões relativas à sua internação e vida pessoal;
 - Consentimento informado.
- Os critérios de exclusão foram os seguintes:
- Coleta de dados incompleta;
 - Idade abaixo de 16 anos;
 - Paciente sem condições clínicas de entrevista, segundo critério do entrevistador.

Coleta de dados

Num primeiro momento, um de quatro residentes com três anos de treinamento realizava uma entrevista não-estruturada, na qual procurava identificar sintomas depressivos. Imediatamente após a entrevista, o mesmo pesquisador registrava os dados em um protocolo e preenchia os escores da Escala de Hamilton para Depressão-HDS (HAMILTON, 1960). Num período de até 48 horas após a primeira entrevista, um membro de um segundo grupo de três pesquisadores previamente treinados em voluntários normais aplicava o Miniexame do Estado Mental (MMSE) (FOLSTEIN e col., 1975) e o Inventário de

Depressão de Beck (BDI) (BECK e col., 1961; SCHWAB e col., 1967b), sem conhecimento dos achados colhidos pelo primeiro entrevistador. Além disso, nenhum dos pesquisadores de ambos os grupos tinha acesso aos registros médicos do paciente e/ou informações provenientes da equipe de atendimento.

Após a alta do paciente, seus dados demográficos, bem como as anotações da equipe de atendimento, eram pesquisados em prontuário. Revisou-se a história médica progressiva e atual, diagnóstico e tratamento na internação. Foi realizada análise descritiva dos dados colhidos (previamente apresentada) (MACHADO e col., 1987).

Período de coleta

A coleta dos dados foi feita entre julho de 1986 e junho de 1987.

Geração das variáveis para estudo

Procedeu-se à dicotomização dos escores da HDS em duas categorias, "ausente" e "presente", para cada item. Em todos os itens (exceto o item 1) foi utilizado o ponto de corte 0 e 1, representando "ausente" e "presente", respectivamente, para cada sintoma pesquisado. No item 1 (HAMD-1) foram utilizados dois pontos de corte: entre 0 e 1 e entre 1 e ≥ 1 , a fim de investigar-se humor deprimido eliciado e evidente, respectivamente. Por humor deprimido eliciado compreende-se o humor deprimido que é detectado somente mediante investigação ativa. Por humor deprimido evidente compreende-se o humor deprimido comunicado espontaneamente, de forma verbal e não-verbal. A dicotomização seguiu as indicações de BECK e col. (1986), que mostraram vantagens em seu uso.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SPSS — *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, 1986), e as comparações múltiplas foram feitas utilizando-se o teste do qui-quadrado, com nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Dos 134 casos inicialmente selecionados, foram excluídos 37: 33 por coleta de dados incompleta, três por não apresentarem condições físicas primárias para entrevista e um por não alcançar idade mínima. A amostra final constou de 97 casos. Os dados demográficos da amostra estão expostos no quadro 1.

A tabela 1 mostra a correlação entre os 21 itens da HDS e a detecção de sintomas psiquiátricos por parte do especialista não-psiquiatra. Encontrou-se correlação significativa em três itens: humor deprimido evidente (HAMDB), insônia intermediária (HAMD5) e sintomas somáticos gastrintestinais (HAMD12).

A partir dos dados da tabela 1, interessou-nos investigar em que medida a presença ou não de depressão — segundo o psiquiatra — influenciou as correlações significativas anteriormente obtidas. Para tanto, foi feita uma análise estratificada, comparando-se a detecção de sintomas psiquiátricos pelo não-psiquiatra e os itens HAMD1B, HAMD5 e HAMD12, controlando-se para presença ou ausência de depressão segundo o psiquiatra. Os resultados estão na tabela 2. Pôde-se observar que apenas a correlação entre humor deprimido evidente em

QUADRO 1 — Aspectos demográficos da amostra

Número de Pacientes:	97
Idade Média:	51, 65 anos
Sexo — Masculino:	47
— Feminino:	50
Cor — Branca:	83
— Preta:	7
— Mista:	7
Est. civil — Casado:	56
— Solteiro:	21
— Viúvo/Separado:	20
Ocupação — Aposentado:	36
— Ativo:	33
— Do lar/não trabalha:	28
Procedência — Capital:	58
— Interior:	39

MACHADO (1989).

TABELA 1 — Correlação HDS x detecção de sintomas pelo não-psiquiatra

HAMD	Sintoma	x ²	p
1A	Humor deprimido eliciado	2,945	0,0861
1B	Humor deprimido evidente	11,647	0,0006*
2	Culpa	0,353	0,5521
3	Suicídio	2,186	0,1392
4	Insônia inicial	2,198	0,1381
5	Insônia intermediária	7,058	0,0079*
6	Insônia terminal	3,411	0,0647
7	Trabalho e interesse	0,494	0,4819
8	Retardo	2,125	0,1449
9	Agitação	0,471	0,4924
10	Ansiedade psíquica	1,130	0,2877
11	Ansiedade somática	0,014	0,9046
12	Sintomas somáticos gastrintestinais	5,831	0,0157*
13	Sintomas somáticos gerais	0,950	0,3295
14	Sintomas genitais	0,573	0,4490
15	Hipocondria	1,330	0,2487
16	Perda de "insight"	2,805	0,0940
17	Perda de peso	0,661	0,4162
18	Variação diurna	0,069	0,7989
19	Despersonalização	3,567	0,0589
20	Sintomas paranóides	0,381	0,5369
21	Sintomas obsessivos	0,064	0,7989

*: p < 0,05

MACHADO (1989).

deprimidos (segundo o psiquiatra) e detecção de sintomas pelo não-psiquiatra permaneceu significativa.

A tabela 3 mostra a freqüência de detecção de humor deprimido pelo psiquiatra e pelo especialista não-psiquiatra, de acordo com a presença ou não de humor deprimido evidente.

A investigação direta e ativa de humor depressivo pelo psiquiatra demonstrou aumentar consideravelmente a identificação de casos, como se pode notar pelos exemplos que se seguem:

— Dos pacientes que apresentavam humor deprimido evidente (HAMD1B), a investigação direta e ativa aumentou sua identificação de 29 para 58 casos;

— Dos 37 pacientes detectados pelo não-psiquiatra, 19 tinham também humor deprimido evidente; a investigação ativa detectou mais oito casos, elevando o total para 27;

— Dos 56 pacientes não detectados pelo não-psiquiatra, 10 tinham humor deprimido evidente; a investigação ativa acrescentou mais 21 casos a estes, perfazendo um total de 31.

DISCUSSÃO

De forma geral, o clínico não-psiquiatra parece ter dificuldade para detectar sintomas psicológicos em pacientes que não apresentam patologia psiquiátrica evidente. Em pacientes não deprimidos a detecção foi variável, enquanto que nos deprimidos (segundo o psiquiatra), esta detecção aconteceu de forma mais clara.

TABELA 2 — Correlação entre detecção de sintomas x escores HDS controlados para depressão segundo o psiquiatra

Depressão	HAMD	x ²	p
Ausente	1B	3,40	0,0648
Presente	1B	5,52	0,0187*
Ausente	5	2,47	0,1160
Presente	5	2,96	0,0849
Ausente	12	2,23	0,1352
Presente	12	1,24	0,2655

gl = 1

*: p < 0,05

MACHADO (1989).

TABELA 3 — Detecção do humor deprimido pelo psiquiatra e pelo especialista não-psiquiatra

Humor deprimido	Psiquiatra	Não-psiquiatra
Evidente	85,7%	65,5%
Eliciado	68,4%	46,6%

MACHADO (1989).

** No presente trabalho, os autores referem-se à depressão como um estado de humor triste, associado ou não a outros sintomas que compõem a síndrome depressiva. Dessa forma, embora torne impreciso nossa definição, o uso do termo depressão engloba todas as manifestações em direção aos quadros depressivos como definidos pelo DSM-III, reativos ou não.

Além disso, parece haver uma dificuldade do não-psiQUIATRA em visualizar sintomas somáticos como parte de uma síndrome psiquiátrica. Observa-se uma tendência de que o humor deprimido e a insônia sejam considerados “sintomas psicológicos”, ao passo que sintomas gastrointestinais (sem causa orgânica) não são vistos dessa forma.

Apesar do poder de discriminação do não-psiQUIATRA parecer mais forte ao avaliar um paciente deprimido, a detecção parece correlacionar-se mais ao sintoma em si do que ao sintoma como parte de uma síndrome depressiva. Cabe lembrar que entre os critérios diagnósticos do DSM-III há sintomas físicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1986); além disso, estudos têm demonstrado a associação entre transtorno de somatização e transtornos depressivos (ESCOBAR e col., 1987; ESCOBAR, 1987; RODIN e VOSHART, 1986).

No entanto, mesmo a detecção de humor deprimido é menos freqüente pelos especialistas não-psiQUIATRAS, quando comparados aos psiQUIATRAS. A investigação ativa, ou seja, o perguntar, realizar uma anamnese cuidadosa, pode diminuir o número de casos não detectados.

É relevante assinalar que neste estudo considera-se detecção pelo psiQUIATRA a detecção registrada em prontuário, que inclui os registros de enfermagem. Não foi aferida a proporção entre os registros médicos e os de enfermagem. Por outro lado, é impossível avaliar eventuais dados obtidos mas não registrados — o que, apesar do sabido valor técnico e legal dos registros de prontuário, ocorre com alguma freqüência.

O presente estudo apresenta limitações metodológicas, tais como a dificuldade de obtenção de um padrão-ouro confiável para um diagnóstico psiquiátrico positivo e a amostra reduzida utilizada na análise. No entanto, os dados obtidos e as questões levantadas motivam novos estudos. Tais estudos, que eventualmente poderão apontar soluções para as dificuldades na investigação da depressão no hospital geral, também poderão ser úteis na promoção da integração entre o ensino de psiquiatria e a prática clínica. Tal integração capacitará o médico a detectar morbidade oculta, possível sofrimento individual e familiar associado a esta, e também beneficiará o planejamento de programas de atendimento a populações que apresentem co-morbidade clínico-psiQUIATRICA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1986). *DSM-III — Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. Ed. Port. de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa, pp. 199-215.
2. BECH, P. e col. (1986). “Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia, with corresponding DSM-III syndromes”. *Acta Psychiatr Scand* 73 (suppl. 326).
3. BECK, A.T. e col. (1961). “An inventory for measuring depression”. *Arch Gen Psychiatry* 4: 53-63.
4. BLACKER, C.V.R. e CLARE, A.W. (1987). “Depressive disorder in primary care”. *Br J Psychiatry* 150: 737-751.
5. CASSEM, N.H. (1987). “Depression”. Em: HACKETT, T.P. e CASSEM, N.H. *Handbook of General Hospital Psychiatry*, 2nd ed., PSG Publishing, Littleton, pp. 227-260.
6. CAVANAUGH, S. (1983). “The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population using MMSE, GHQ, and BDI”. *Gen Hosp Psychiatry* 5: 15-24.
7. _____ (1983). “Diagnosing depression in the hospitalized medically ill”. *Psychosomatics* 24: 809-815.
8. CHARLES, S.C. (1982). “Depression and physical illness”. Em: VAL, E.R., GAVIRIA, F.M. e FLAHERTY, J.A. *Affective Disorders: Psychopathology and Treatment*. Year Book Medical Publ, Chicago, pp. 57-76.
9. CORDIOLI, A.V. e col. (1986). “A consultoria psiquiátrica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: características dos pacientes internados.” *Revista HCPA* 6: 65-68.
10. COULEMAN, J.L. e col. (1988). “Symptom patterns of depression in ambulatory medical and psychiatric patients”. *J Nerv Ment Dis* 176: 284-288.
11. ESCOBAR, J.I. e col. (1987). “Somatization in the community”. *Arch Gen Psychiatry* 44: 713-718.
12. ESCOBAR, J.I. (1987). “Cross-cultural aspects of the somatization trait”. *Hosp Commun Psychiatry* 38: 174-180.
13. FOLSTEIN, M.F. e col. (1975). “Mini-mental state — A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician”. *J Psychiat Res* 12: 189-198.
14. HAMILTON, M. (1960). “A rating scale for depression”. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 23: 56-62.
15. MACHADO, S.C.E.P. e col. (1987). “Depressão no hospital geral: detecção pelo clínico”. Tema-livre apresentado no I Congresso de Psiquiatria da Região Sul — Gramado, RS.
16. MACHADO, S.C.E.P. e col. (1988). “Depressão no hospital geral: dados preliminares”. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 10: 57-62.
17. RODIN, G. e VOSHART, K. (1986). “Depression in the medically ill: an overview”. *Am J Psychiatry* 143: 696-705.
18. SCHWAB, J.J. e col. (1967a). “Diagnosing depression in medical inpatients”. *Ann Intern Med* 67: 695-707.
19. SCHWAB, J.J. e col. (1967b). “The Beck depression inventory with medical inpatients”. *Acta Psychiatr Scand* 43: 255-266.
20. SPSS INC. (1986). *SPSS/PC + Command Reference*. Chicago.
21. WELLS, K.B. e col. (1988). “Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions”. *Am J Psychiatry* 145: 976-981.
22. WINOKUR, G. e col. (1988). “Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses”. *Am J Psychiatry* 145: 233-237.