

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

**AVALIAÇÃO, IMPACTO E RASTREAMENTO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado

LICIANE DA SILVA COSTA

Porto Alegre, outubro de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO, IMPACTO E RASTREAMENTO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

LICIANE DA SILVA COSTA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio De Almeida Fleck

Co-Orientador: Prof.Dr. Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

Porto Alegre, Brasil, 2010

C837a **Costa, Liciane da Silva**

Avaliação, impacto e rastreamento de sintomas depressivos em serviços de saúde / Liciane da Silva Costa ; Marcelo Pio de Almeida Fleck. – 2010.

89 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Depressão 2. Qualidade de vida 3. Programas de rastreamento 4. Questionários 5. Entrevistas como assunto I.

Fleck, Marcelo Pio de Almeida II. Título.

NLM: WM 171

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr Marcelo Fleck, pela dedicação, paciência e competência singular.

Ao prof. Dr. Sergio Pinto Machado, pela dedicação.

À prof. Dr^a Elizeth Heldt, exemplo profissional eterno.

Aos meus pais Ana e Roberto, pelo amor incondicional, apoio e carinho em todos os momentos. São a minha fortaleza e a certeza de que vale a pena ir até o final.

Ao Bernardo, pelo amor e companheirismo que me fazem tão bem. Às famílias Souza e Dresch, pela acolhida.

Aos meus familiares, em especial aos meus tios Beth e Nelson (meus segundos pais), minha avó Oraidia e às sempre queridas dinda Wanda e tia Aida (hoje presentes na memória e no coração)

Aos meus amigos, minha segunda família, meu porto seguro: Vanessa Emmel, Rodrigo Paiva, Patrícia Vitória, Aline Corso, Marcelo Spalding, Tobias Becker, Daniel Manaut e Micheli Karoly. São meus irmãos de alma.

Aos colegas e amigos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial Neusa Rocha, Julia Protas e Fabrício Marchiori.

Ao prof. Dr. José Goldim, pelos aprendizados em pesquisa.

Aos companheiros da Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Educação da UFRGS (Educasaúde), pela amizade e aprendizados constantes.

Aos colegas do Centro Universitário IPA e aos meus alunos, pela certeza de que iria valer à pena.

Aos pacientes, pela disponibilidade ao permitir que este estudo pudesse ser realizado.

RESUMO

Introdução: Os sintomas depressivos são prevalentes e responsáveis por intensos prejuízos psicossociais e econômicos na atualidade. Apesar de representarem uma das maiores causas de morbidade mundial, ainda encontramos o sub-diagnóstico como padrão em serviços clínicos ambulatoriais ou de atenção básica. Tal realidade dificulta os encaminhamentos precoces e tratamentos adequados para este fim.

Objetivos: Identificar a presença de sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais clínicos de um Hospital Geral e a associação destes com usos de recursos de saúde. Descrever o perfil sócio-demográfico destes pacientes e avaliar as associações entre os escores de depressão e usos de recursos de saúde ao longo de aproximadamente um ano de seguimento (artigo 1). Avaliar se os desempenhos dos instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG) e Instrumento de Qualidade de Vida Whoqol-bref, variam conforme formato de aplicação (presencial ou por telefone) (artigo 2)

Métodos: Em um delineamento de coorte prospectivo e naturalístico (artigo 1) foram convidados a participar do estudo 189 pacientes clínicos do serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG) e questionário de Usos de recursos de Saúde, no tempo 1 (*baseline*) e 14 meses depois (seguimento). Avaliamos a prevalência de sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais clínicos e a relação destes com utilização de recursos de saúde ao longo do seguimento.

O segundo artigo refere-se a um experimento não-controlado realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, em Porto Alegre. Para estes participantes (380) foram aplicados os mesmos instrumentos do estudo 1, aliado ao Whoqol-bref, em formato teste-reteste (7 dias de intervalo), em 4 grupos de aplicação (presencial e por telefone). Avaliamos, assim, se instrumentos que mensuram sintomas depressivos e qualidade de vida variam seu desempenho quando aplicados por telefone, neste serviço.

Resultados: Foi encontrada associação significativa entre sintomas depressivos e uso de recursos de saúde, entre eles atendimento em saúde mental, adesão ao tratamento, tratamento atual em serviço de saúde mental e uso de psicofármacos (Artigo 1). No segundo artigo, o desempenho das escalas foi invariável nos diferentes grupos de aplicação (presencial e por telefone), quando comparados, mantendo altos valores significativos de correlação (todos acima de 0,9).

Conclusão: Houve prevalência elevada de sintomas depressivos em serviço ambulatorial e associações significativas em relação aos recursos de saúde utilizados. O subdiagnóstico é, ainda, padrão nestes serviços. Assim, as escalas de rastreamento e o uso do telefone podem ser meios acessíveis e viáveis para este fim.

Descritores: Depressão, programas de rastreamento, telefone, serviços de saúde

ABSTRACT

Introduction: Depressive symptoms are prevalent and responsible for severe economic and psychosocial damages. Despite representing a major cause of morbidity worldwide, we can find the sub-diagnostic as clinical services pattern in outpatient or primary care. This reality complicates the referrals early and appropriate treatment for this purpose.

Objectives: Identify the presence of depressive symptoms in outpatients from a general hospital and their association with use of health resources. Describe the socio-demographic profile of these patients and evaluate the associations between depression scores and use of health resources over the 01 year (Article 1). Assess whether the performance of Beck Depression Inventory (BDI) Instruments, Depression Scale in General Hospital (EDHG) and Quality of Life instrument WHOQOL-Bref, vary with the application format (in person or by telephone) (Article 2). **Methods:** In a prospective and naturalistic cohort design (article 1) were invited 189 patients from Clinical Internal Medicine Department, Hospital de Clinicas de Porto Alegre to participate in the study. We applied the Beck Depression Inventory (BDI), Scale Depression in General Hospital (EDHG) and the Uses of Health Resources Questionary at time 1 (baseline) and 14 months later (follow-up). We evaluated the prevalence of depressive symptoms in outpatients and their relationship with clinical use of health resources throughout the follow-up.

The second article refers to a non-controlled experiment conducted at the Basic Health Unit (BHU) Santa Cecilia in Porto Alegre. For these participants (380) we have applied the same tools from study 1, coupled with the Whoqol-bref in format test-retest (7 days interval) in four groups of application (in person and by telephone). Thus, we evaluate if instruments that measure depressive symptoms and quality of life vary their performance when applied by telephone for this service.

Results: We found a significant association between depressive symptoms and use of health resources, including mental health care, adherence to treatment, current treatment in mental health services and psychotropic use (Article 1). In the second article, the scales performance was invariant among different groups of

application (in person and by telephone), maintaining high significant correlation values (all above 0.9).

Conclusion: There was high prevalence of depressive symptoms in outpatients and significant associations in relation to health resources used. Sub-diagnostic is still standard in these services. Thus, the crawl scales and use of the telephone can be affordable and feasible options for this purpose.

Conclusion: There was high prevalence of depressive symptoms in outpatients and significant associations in relation to health resources used. Sub-diagnostic is still standard in these services. Thus, the crawl scales and use of the telephone can be affordable and feasible options for this purpose.

Key words: Depression, screening programs, telephone, health services.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Depressão.....	10
1.2	Impacto da depressão na busca de serviços de saúde e custos associado	12
1.3	Diagnóstico e tratamento em pacientes ambulatoriais clínicos.....	14
2.	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	20
3.	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivos Gerais.....	21
4.	HIPÓTESES.....	22
5.	ARTIGO 1.....	23
6.	ARTIGO 2.....	39
7.	COMENTÁRIOS FINAIS.....	68
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
9.	ANEXOS.....	79

1. INTRODUÇÃO

1.1 Depressão

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é considerado um dos transtornos mais graves e prevalentes entre as condições médicas, constituindo uma das principais causas mundiais de morbidade (Murray, 1997; Kessler et al, 2003).

A sintomatologia da depressão inclui experiências subjetivas de desesperança e sofrimento, aliados à anedonia e falta de interesse. Coexistem, neste quadro, prejuízos cognitivos, somáticos e afetivos, que se manifestam através de perda de energia, fadigabilidade e pensamentos negativos e de desvalia. Além destes, são comuns alterações de sono, apetite diminuído, idéias de culpa e inutilidade, auto-estima e autoconfiança reduzidos (Kaplan, 2003).

Em relação à prevalência de TDM, dados de dois grandes estudos norte-americanos: *Epidemiological Catchment Area* e *National Comorbidity Survey* remetem a taxas entre 6 e 17% de prevalência ao longo da vida do indivíduo (Blazer, 1995). Na população brasileira, alguns estudos apontam prevalências entre 3 e 16% ao longo da vida (Fráguas et al, 1992; Almeida-Filho et al 1997).

Os transtornos depressivos constituem grande problema de saúde pública, principalmente devido ao alto impacto psicossocial a que estão relacionados (Almeida-Filho, 1997; Greden, 2001). Frequentemente são associados à incapacitação funcional do indivíduo, tanto física quanto psicológica (Wells et al, 1989).

Neste contexto, tanto a longa duração dos episódios quanto a cronicidade da patologia repercutem em perdas pessoais e profissionais, prejuízos diversos, morbimortalidades clínicas e comprometimento físico da saúde (Evans et al, 2005, Ormel et al, 1993). Determinadas características sócio-demográficas e de gênero apresentam maior risco para desencadeamento de episódios depressivos. As mulheres são afetadas duas vezes mais do que os homens (Weissman et al, 1996; Lima, 1999). Indivíduos jovens, sem companheiro e pertencentes a classes sociais menos favorecidas economicamente apresentam maiores riscos para depressão (Thorpe et al, 2001). Ademais, histórias prévias de TDM aumentam os riscos para desenvolvimento de novas crises. Aproximadamente 60% daqueles que já apresentaram um episódio de depressão em algum estágio de vida sofrerão um segundo episódio (Anderson, 2000).

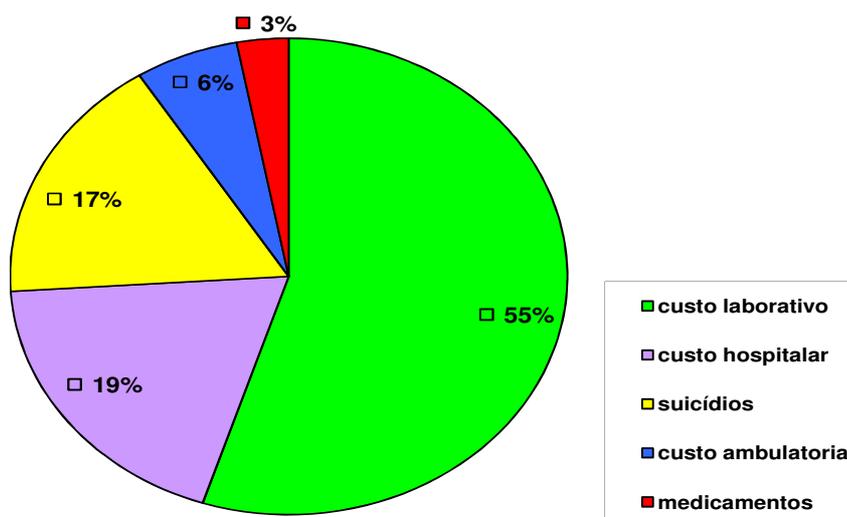
O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer fase da vida, porém evidencia-se mais frequentemente esta ocorrência ao final da faixa dos 20 anos (Kessler et al, 2003; Weissman et al, 1996)

Os fatores familiares e de eventos de vida apresentam-se, também, como fatores de risco. As chances para desenvolver TDM aumenta cerca de 3 vezes em parentes de primeiro grau de indivíduos com depressão (Klerman, 1989). Em relação às situações externas, fatores como divórcio, desemprego, viuvez e dificuldades econômicas contribuem para o aparecimento dos primeiros sintomas depressivos ou nova ocorrência destes (Thorpe, 2001). Devido a estas implicações, a depressão foi considerada a 4ª causa de incapacitação entre várias condições médicas estudadas e a maior causa entre os demais transtornos mentais (Murray e Lopes, 1997).

1.2 IMPACTO DA DEPRESSÃO NA BUSCA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E CUSTOS ASSOCIADOS

Os sintomas depressivos, além de incapacitantes, promovem intenso impacto socioeconômico. Os custos do tratamento da depressão são mais elevados do que diversas doenças crônicas, tais como câncer, osteoporose, Alzheimer e hipertensão (Berto et al, 2000).

Diversos estudos já estimaram os custos relativos a estes impactos.. Os custos anuais associados a transtornos depressivos chegam a 44 bilhões de dólares nos EUA (Johnson et al, 1992; Wells et al, 1988, Greenberg et al, 1993). Em um estudo de 1993, Greenberg e colaboradores apresentam os percentuais dos custos anuais de depressão, conforme o gráfico abaixo:



Estes dados provêm do *Global Burden of Disease* (Murray, 1997) estudo iniciado na década de 90, conduzido pela Universidade de Harvard, Organização Mundial de Saúde e financiado pelo Banco Mundial. É um dos mais importantes estudos sobre depressão e seu impacto econômico e social. Nele, foram utilizadas duas medidas amplamente aceitas: DALYs (anos de vida ajustados para a incapacidade) e YLDs

(anos vividos com incapacidade) (Mattos, 2003). A primeira medida refere-se aos anos de vida perdidos com determinada patologia, somados aos anos de incapacidade devido a mesma. A segunda medida mensura os anos de vida nos quais a incapacidade esteve presente. As patologias neuropsiquiátricas representam cerca de 30% de YLDs. Já o Transtorno Depressivo Maior, sozinho, representa aproximadamente 11% do YLDs (Michaud et al, 2001).

Segundo Lopez e colaboradores (2001), os resultados do *Global Burden of Disease* para 2001 mostram que o TDM foi a causa maior de anos vividos com incapacidade para homens e mulheres, mesmo a carga da doença sendo 50% maior em mulheres. Demais desordens mentais ocorridas entre 15 e 24 anos de idade contribuem para 60 a 70% do DALY total

Em pacientes ambulatoriais, estes custos são visivelmente identificados no cotidiano assistencial. Devido às comorbidades clínicas, encontramos maior número de prescrições médicas por paciente. Em estudos com pacientes diabéticos e oncológicos, por exemplo, observa-se que os custos totais aumentam em 5 vezes quando coexistem quadros depressivos, associada a uma maior utilização de cuidados de saúde e comorbidades clínicas (Egede et al, 2002, Rabin,2008).

Desta forma, os custos diretos da depressão estão relacionados, essencialmente, ao tratamento, medicações e assistência ao indivíduo. O tratamento torna-se caro, uma vez que envolve medicamentos e recursos técnicos e humanos nos serviços de saúde. Nos Estados Unidos, cerca de US \$ 44.000 milhões são gastos anualmente para o tratamento, morbidade e mortalidade associada à depressão (Sclar et al, 1998; Pirraglia et al, 2004).

Em relação aos medicamentos antidepressivos, o custo atribuído às drogas de ultima geração é mais alto, visto que muitos não têm alternativas genéricas. Há, igualmente, custos indiretos envolvidos nos transtornos depressivos, como o desemprego e a conseqüente perda da renda (Rumsfeld et al, 2005).

Estas relações de custo também são analisadas nas relações de trabalho. Existem certas limitações de entendimento dos empregadores em relação aos custos indiretos da depressão em seu corpo de funcionários. Um estudo de 2001 indica que 1,8% a 3,6% dos trabalhadores norte-americanos sofrem de depressão maior. Cerca de 17% a 21% desta força de trabalho sofre de incapacidade laborativa no intervalo de um ano, e 37% a 48% sofrem de incapacidade a curto prazo. Este mesmo trabalhador, em

intervalo de 30 dias, tem entre 1 dia e meio a 3 dias a mais de incapacidade do que os demais (Goldberg, 2002).

Os valores de perdas salariais deste funcionário é semelhante aos custos do tratamento da depressão, concluindo ser mais vantajoso o estímulo ao tratamento por parte dos empregadores (Kessler et al, 1999; Zangh et al,1999). O *Longitudinal Investigation of depression outcomes study* (LIDO), estudo desenvolvido em seis centros de diferentes países avaliou a relação entre sintomas depressivos, uso de serviços de saúde e qualidade de vida, apontou, em seus principais achados, questões relativas aos custos e serviços de saúde implicados nos transtornos depressivos. Quadros mais favoráveis de depressão estão associados à menor utilização de serviços de saúde e menos dias perdidos no trabalho (Simon et al, 2002). Por outro lado, problemas financeiros foram a principal fator limitante de busca por tratamento (Simon et al, 2001).

Assim, indivíduos com maior grau de recuperação parecem ser aqueles com menor impacto sobre custos nos sistemas de saúde. Além disso, pacientes brasileiros com mais sintomas consultam mais os serviços de saúde, apresentam mais dias de internação e faltam mais dias de trabalho (Fleck et al, 2002)

1.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM PACIENTES AMBULATORIAIS CLÍNICOS

As prevalências de depressão em hospital geral são elevadas, tanto em pacientes internados quanto em nível ambulatorial. Há dificuldades para diagnóstico de depressão nestes ambientes e torna-se indispensável à distinção entre depressão secundária (associado a uma doença clínica) e a depressão maior (Fráguas, 2001).

A incidência de estudos sobre depressão em hospitais gerais fortificou-se nos anos 90. Em sua maioria foram encontradas prevalências altas de quadros depressivos em pacientes clínicos hospitalizados, compondo o principal motivo de interconsultas psiquiátricas no hospital geral (Morinoto, 1988; Botega, 1995; Wancata, 2001; Machado, 2003; Machado, 1988). Apesar deste quadro, aproximadamente 60% dos casos de depressão não são detectados pelo clínico, tampouco o tratamento é adequado e específico para tal (McQuaid et al, 1999; Ronalds, 1997). Em populações clínicas, as incidências de depressão variam entre 5 e 10% em pacientes ambulatoriais e entre 9 a 16% em pacientes internados (Katon, 2003) Destes, apenas 35% são diagnosticados e

tratados adequadamente, aumentando, assim, os custos para o indivíduo e para a sociedade. Trata-se, assim, de uma perspectiva conjunta, aliando os sujeitos que ainda percebem o sofrimento psíquico com estigma e os profissionais de saúde (Hirschfeld et al, 1997). Assim, torna-se importante a reflexão sobre diagnóstico e prevenção de pacientes que envolvam riscos tanto para doenças clínicas quanto para depressão nos ambientes médicos não psiquiátricos.

Em serviço ambulatorial, cerca de 80% dos pacientes que apresentam sintomas depressivos consultam devido a sintomas físicos inespecíficos (Kessler,1995) Desta forma, as doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da depressão através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais (Alexopoulos, 2002) Estes pacientes utilizam 50% mais serviços de médicos gerais do que aqueles sem transtorno depressivo (Simon et al, 1997).

De fato, a associação entre doenças crônicas e depressão causa impacto direto no comprometimento da vida diária, dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico e dificuldades nas mudanças de hábitos de vida, podendo aumentar as taxas de mortalidade e morbidades em muitas enfermidades clínicas (Katon et al, 2002). Ao se comparar sintomas no comportamento de pacientes clínicos em relação aos pacientes com depressão maior, os sintomas diferenciais para um quadro de depressão incluem o humor triste, sentimentos de culpa e inutilidade e ideação suicida (Raison e Miller, 2003). Indivíduos que já apresentaram casos de depressão antes do início de uma enfermidade clínica ou, ainda, com histórico psiquiátrico na família têm riscos aumentados para o desenvolvimento de quadros depressivos em um contexto clínico (Wellisch et al, 2002).

Desta forma, perturbações no humor são três vezes mais frequentes, em média, em pacientes clínicos do que na população em geral (Patten, 2001). Estes aumentam à medida que as gravidades clínicas acentuam-se. Alguns estudos trazem aumentos nas taxas de prevalência de depressão em pacientes hospitalizados: de 22 para 33%. Em pacientes ambulatoriais, as taxas aumentam de 4,8% a 9,2% (Katon, 1990).

Neste contexto, diversas patologias clínicas estão relacionadas a sintomas depressivos, em diferentes perspectivas clínicas e sociais. Geralmente, a adequada avaliação dos sintomas depressivos em pacientes com condição médica associada é dificultada pela superposição de sintomas clínicos. Em cuidados ambulatoriais, a comorbidade depressão - doenças clínicas diminui a adesão às recomendações

médicas, na maioria dos casos (Dimatteo et al, 2000). Há, também, o agravamento de prognóstico de inúmeras outras doenças amplamente acompanhadas em ambulatórios clínicos. Incluem-se como patologias amplamente associadas às elevadas taxas de depressão a doença arterial coronariana, transtornos auto-imunes e acidente vascular cerebral. (Krishnan et al, 2002)

Em cardiopatas, as incidências de depressão variam entre 17% a 27%. Em se tratando de transtornos depressivos subsindrômicos, estes índices podem ser ainda mais elevados (Rudisch e Nemeroff, 2003). Nesta população, percebemos índice de mortalidade 3 vezes maior quando comparado a cardiopatas não deprimidos (Frasuresmith, 1995) e aumento de risco de eventos cardíacos graves (Bush et al, 2001).

Da mesma forma, patologias como diabetes melitos, hipertensão arterial sistêmica, distúrbios de tireóide e obesidade também apresentam fortes associações com sintomas depressivos. Em um estudo de metanálise de 2001, houve prevalência de sintomas depressivos em pacientes com DM de aproximadamente 30% (Anderson et al, 2001). Ademais, pacientes diabéticos deprimidos sentem mais sintomas do que aqueles não-deprimidos, mesmo com controle ativo dos níveis de glicemia (Ciechanowski et al, 2002). As complicações resultantes desta comorbidade (retinopatias, nefropatias, neuropatias, complicações macrovasculares) também tendem a aumentar significativamente (Groot et al, 2001). Pacientes deprimidos podem apresentar alterações na tireóide, frequentemente hipotireoidismo, com prevalências de até 17% neste grupo (Cole 2002). Nesta mesma perspectiva, em pacientes deprimidos ou ansiosos a Hipertensão parece estar mais frequente. Um estudo (Lesperance, 2001) mostrou que em pacientes com angina instável, 40% deles apresentavam depressão. Estes pacientes apresentavam risco para infarto agudo do miocárdio fatal ou não 6,3 vezes superior.

Desta forma, observamos na prática assistencial clínica grandes dificuldades na avaliação de sintomas depressivos e a definição de diagnósticos e tratamentos adequados. A falha diagnóstica é mais frequente nos quadros leves de depressão (depressões subsindrômicas), justamente as mais encontradas em pacientes clínicos (Blazer, 2000). Há efetivo desconhecimento referente à cronicidade da depressão pelos profissionais não especialistas em saúde mental. Os motivos para o sub-diagnóstico são relacionados tanto aos pacientes quanto aos médicos (Fleck, 2002). Os pacientes apresentam preconceito em relação á depressão e pouca confiança no tratamento. Já

os médicos não possuem treinamento adequado em saúde mental, focalização apenas nos sintomas físicos e falta de tempo para maiores investigações (Tylee, 1995; Davidson, 1999). Assim, há necessidade de ações que possam realizar a detecção precoce de transtornos depressivos nestes serviços (Santiago et al, 1993). A falta de políticas de prevenção em atenção primária e secundária aumenta os impactos socioeconômicos da doença em médio e longo prazo, afetando a morbidade desta (Greden, 2001). Nesta perspectiva, seriam prioritários programas de treinamento na área de saúde mental, nas diferentes equipes de saúde (Hodges, 2001).

Algumas ações podem ser desenvolvidas neste sentido. Além de treinamentos e educações continuadas nas equipes de atenção primária e secundária, o uso de instrumentos de rastreamento de depressão podem se configurar ferramentas eficazes (Spitzer, 1994). Segundo as Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Fleck, 2009; Anderson, 2000; Goldberg, 1988), existem perguntas simples que podem ser aplicadas visando o rastreamento da depressão pelo profissional não-psiquiatra, conforme quadro abaixo:

-1) Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?

-2) Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

-Escala de Goldberg para detecção da depressão:

-1) Você vem tendo pouca energia?

-2) Você vem tendo perda de interesses?

-3) Você vem tendo perda de confiança em você mesmo?

-4) Você vem se sentindo sem esperanças?

-(se sim para qualquer uma, continue...)

-5) Você vem tendo dificuldades para concentrar-se?

-6) Você vem tendo perda de peso?

-7) Você tem acordado cedo?

-8) Você vem se sentindo mais devagar?

-9) Você tende a se sentir pior de manhã?

-Sim para 3 ou mais: Sensibilidade: 85% Especificidade: 90%

Inúmeros instrumentos eficazes já foram desenvolvidos para diagnóstico e rastreamento de sintomas depressivos (Schein, 1997). Sua prioridade seria a investigação diagnóstica assistencial, porém seu uso mais frequente é a investigação científica. As desvantagens pontuam-se por serem instrumentos longos e que, muitas vezes, demandam treinamento prévio para sua aplicação (Machado, 2003). Cabe, assim, a validação de novos modelos capazes de rastrear sintomas depressivos de forma eficaz, de simples aplicação e com capacidades psicométricas adequadas para este fim.

Em nosso meio, alguns estudos propuseram-se a encontrar algumas soluções para estas questões. Em estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Machado, 2003) em unidades clínicas e cirúrgicas, desenvolveu-se a Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG), instrumento para detecção de depressão através seleção de itens de escalas já validadas e utilizadas em meio assistencial. Foi

desenvolvida a partir dos itens do Hospital Anxiety na Depression Scale (HADS), do Beck Depression Inventory (BDI) e do Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), em uma construção que utilizou modelos logísticos de Rasch, resultando em um instrumento composto de 6 itens. Os resultados deste estudo mostraram que a EDHG apresentou desempenhos semelhantes aos das escalas que lhe deram origem, utilizando o PRIME-MD como padrão ouro. Assim, este instrumento pode representar um dispositivo de rastreamento de sintomas depressivos eficaz em hospital geral, breve e de fácil aplicação pelos profissionais de saúde.

Alguns estudos em serviços ambulatoriais vêm propondo seguimentos de pacientes clínicos para avaliação de sintomas depressivos ao longo do tempo. Blanchette e colaboradores (2009) concluíram, em uma coorte de idosos que apresentaram evento tromboembólico, um aumento significativo de custos em serviços de saúde, aumento do número de hospitalização e utilização de serviços de emergência, além de aumento nos escores de depressão em um período de 12 meses. Em outra coorte de Whooley et al (2008), foram acompanhados entre 2000 e 2008 pacientes cardiopatas. Neste estudo, os sintomas depressivos foram associados a uma taxa de 31% de eventos cardiovasculares.

Outras estratégias vêm sendo divulgadas cientificamente e mostrando-se adequadas para este fim, tanto em serviços de atenção básica quanto ambulatoriais. Simon (2000) aprimorou um programa que implementa, além de atendimento com especialistas e medicações, a educação de pacientes e o acompanhamento telefônico em serviços primários. Os resultados foram satisfatórios, com retorno favorável se comparados custos e resultados obtidos. Tais recursos podem se configurar em ferramentas eficazes para diagnóstico, adesão e acompanhamento dos pacientes com transtornos depressivos, nestes serviços. Além do telefone, já existem experiências de videoconferência em atenção primária, como dispositivo de acompanhamento de usuários. Em estudos recentes (Dobscha, 2005; Williams, 2007) foram aplicados o *Patient Health Questionnaire (PHQ)* por videoconferência. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à aplicação presencial, e os participantes apresentaram alto grau de satisfação neste formato de intervenção.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Apesar de inúmeros estudos avaliarem prevalência de depressão, custos e recursos associados em nível hospitalar, ambulatorial ou atenção primária, ainda são poucas as intervenções de rastreamento colocadas em prática. Pacientes que apresentam sintomas de depressão aderem menos aos tratamentos clínicos e utilizam mais serviços de saúde.

Desta forma, consideram-se importantes novas estratégias de rastreamento de sintomas depressivos nos diferentes níveis de atenção em saúde, incluindo profissionais não específicos de saúde mental, para este fim.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

1) Avaliar o impacto dos sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais de um hospital geral, através de instrumentos de rastreamento e mensuração de sintomas depressivos, e a utilização de recursos de saúde ao longo de 14 meses (artigo 1).

2) Avaliar o desempenho da utilização do telefone no preenchimento de escalas de auto-avaliação em um serviço de Atenção Básica em Saúde (Artigo 2).

4. HIPÓTESES

- 1) As taxas de prevalência de sintomas depressivos em serviço ambulatorial clínico são elevadas.
- 2) Pacientes com sintomas depressivos utilizam mais recursos de saúde do que os que não apresentam sintomas depressivos.
- 3) Não há variabilidade no desempenho de instrumentos que rastreiam e mensuram sintomas depressivos e qualidade de vida quando aplicados por telefone, em um serviço de Atenção Básica em Saúde.

5. ARTIGO 1

IMPACTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE

Liciane da Silva Costa^a; Elizeth Heldt^b; Sergio Pinto Machado^c, Marcelo Pio de Almeida Fleck^d

Submetido para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem

^aEnfermeira Especialista em Saúde Mental Coletiva. Docente do Centro Universitário Metodista Ipa,,Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, Brasil.

^bDoutora em Psiquiatria, Professora Adjunta da EENF/UFRGS, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS e do Programade Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED/UFRGS, Brasil.

^cMédico psiquiatra, Doutor me Medicina, Professor Associado da FAMED/UFRGS. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS e HCPA)

^dMédico Psiquiatra, Doutor em Medicina, Professor Adjunto da FAMED/UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED/UFRGS, Brasil.

Endereço para contato: Liciane da Silva Costa

Rua Santana, 192apt. 02. CEP: 90040-370. Porto Alegre, Brasil

Fone: (055-51) 30296829

E-mail: licisc@yahoo.com.br

Financiamento: FIPE-HCPA (#06-153)

Resumo

Objetivo: O presente artigo tem por objetivo avaliar o impacto dos sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais de um hospital geral, através de instrumentos de rastreamento e mensuração de sintomas depressivos, e a utilização de recursos de saúde ao longo de aproximadamente 1 ano de seguimento.

Método: Trata-se de um estudo de Coorte, com uma amostra consecutiva de 189 clientes com diagnósticos clínicos que consultam em ambulatório de hospital geral. Os dados sócio-demográficos e a utilização de recursos de saúde foram coletados através de entrevista semi-estruturada. Para mensurar os sintomas depressivos utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG). Considerou-se presença de sintomas leves de depressão escores da BDI igual ou superior a 12 pontos, e da EDHG igual ou superior a 3 pontos.

Resultados: Foi encontrada associação significativa positiva entre sintomas depressivos e uso de recursos de saúde, entre eles atendimento em saúde mental, adesão ao tratamento, tratamento atual em serviço de saúde mental e uso de psicofármacos.

Conclusão: Estes dados apontam para a importância de rastreamento de sintomas depressivos em populações clínicas, devido aos impactos que estes acarretam no uso crescente de recursos de saúde, associados ao comprometimento clínico e psicossocial do indivíduo.

Descritores: depressão, pacientes ambulatoriais, rastreamento, serviços de saúde

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno freqüente e em estudos prévios a prevalência anual encontrada no Brasil variou entre 3,5 a 9,7% ⁽¹⁾. Atualmente, devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial ao longo da vida, considera-se a depressão como um problema de saúde pública ^(1,2).

No entanto, a depressão secundária a uma condição clínica apresenta prevalência mais elevada do que as observadas na população geral, podendo variar até 36% ⁽³⁾. As depressões secundárias estão frequentemente presentes em clientes com doenças crônicas, contudo seus sintomas geralmente são confundidos com os das doenças crônicas debilitantes ⁽⁴⁾. Assim, apesar da alta prevalência de depressão na população em geral, existem ainda deficiências para a sua correta identificação diagnóstica ⁽⁵⁾. O subdiagnóstico dos sintomas depressivos é comum nos diferentes níveis de atenção, sendo que em atenção primária entre 30% a 60% dos médicos clínicos não detectam casos de depressão ^(6,7) e os enfermeiros referem dificuldade em identificar e manejar os usuários com sintomas depressivos ⁽⁸⁾. Portanto, o diagnóstico preciso não é frequente, enfatizando a necessidade de instrumentalizar os profissionais da saúde para a identificação e tratamento precoces já na atenção primária em saúde ⁽⁸⁾.

Reforçando a importância para se estar atento à presença de depressão, resultados de estudo recente mostraram uma correlação negativa entre a percepção de qualidade de vida e a satisfação com a saúde com a intensidade da sintomatologia depressiva, além de associação significativa direta entre depressão e a utilização de recursos médico- hospitalares. Isto é, indivíduos com escores mais elevados de depressão acessaram mais consultas médicas, apresentaram maior período de hospitalização e mais faltas ao trabalho do que os indivíduos com escores inferiores ⁽¹⁰⁾. Em outro estudo, os resultados mostraram alta prevalência de sintomas depressivos em uma população de usuários de um serviço de atenção primária (46%), comprovando o impacto negativo que a presença e a intensidade dos sintomas exercem em todos os domínios da qualidade de vida desta amostra ⁽¹¹⁾.

De fato, além de interferir diretamente na qualidade de vida, os sintomas depressivos também impactam nos custos socioeconômicos. Por exemplo, em termos do custo médio por paciente, a depressão impõe um ônus social maior do que em outras condições crônicas, como hipertensão, artrite reumatóide, asma e osteoporose⁽⁹⁾.

Embora não substitua a consulta especializada e conseqüente diagnóstico clínico, ações para a identificação de transtornos depressivos, realizadas por profissionais não-especialistas, são fundamentais. No Brasil, ainda não há a rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão, devido tanto à falta de conhecimento em sua utilização quanto ao tamanho das escalas, geralmente longas⁽¹²⁾.

Assim, o presente estudo pretende verificar o impacto dos sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais clínicos na utilização de recursos de saúde, tais como em atendimentos de emergência clínica, em consultas (clínicas e de saúde mental), no uso de serviços diagnósticos, na adesão ao tratamento clínico e em saúde mental, e no uso de medicação psiquiátrica ao longo de 14 meses de seguimento.

2. MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, desenvolvido no Ambulatório de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), durante um período de aproximadamente 1 ano. Foram convidados a participar voluntariamente do estudo 209 pacientes, enquanto aguardavam suas consultas no saguão de espera da instituição. Os principais grupos de patologias tratadas neste serviço incluem doenças cardio-vasculares, endócrinas, pulmonares, gastrointestinais, reumatológicas e neurológicas. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, ser alfabetizado, ter consulta agendada no Serviço de Medicina Interna do HCPA e possuir compreensão acerca dos instrumentos utilizados. Foram excluídos pacientes com diagnóstico prévio de depressão e demais transtornos psiquiátricos, estando ou não em acompanhamento especializado. Estes dados foram coletados tanto nos prontuários quanto por registro verbal. Todos os participantes foram incluídos de forma consecutiva, conforme aceitação do convite. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (Projeto 06-153) e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após 1 ano, os participantes foram novamente convidados a participar do seguimento do estudo, preenchendo os mesmos instrumentos do *baseline*.

2.2 INSTRUMENTOS

A coleta dos dados sociodemográficos, da utilização dos recursos de saúde e a aplicação dos instrumentos foram realizadas pela mesma pesquisadora (L.S.C.), na sala de espera do ambulatório, com duração média de 25 minutos cada entrevista. No período de seguimento, a aplicação dos instrumentos ocorreu na instituição (HCPA) ou na residência do participante, conforme sugestão e aceitação deste.

Para avaliar os sintomas depressivos, foram utilizadas as escalas Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG). O BDI é um instrumento auto-aplicável e validado para o português, desenvolvido para

mensurar intensidades de depressão ⁽¹³⁾. É composto de 21, itens, com escore total máximo de 63 pontos. A aplicação do BDI é amplamente utilizada em pacientes psiquiátricos, clínicos e ambulatoriais. Para este trabalho foram considerados os seguintes pontos de corte: pontuação entre 12 a 19 pontos - depressão leve; entre 20 e 35 pontos - depressão moderada e acima de 36 pontos - depressão grave ⁽¹⁴⁾. A EDHG é composta de 06 itens cujas possibilidades de respostas são numeradas de zero a três ⁽¹⁵⁾. Trata-se de um instrumento que objetiva rastrear sintomas depressivos em populações clínicas. Foi desenvolvida a partir dos itens do Hospital Anxiety na Depression Scale (HADS), do Beck Depression Inventory (BDI) e do Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), através de modelos propostos por Rash. Escores iguais ou superiores a 3 apontam para uma necessidade de avaliação por especialistas, a fim de identificar diagnóstico de Transtorno Depressivo.

Para identificar as variações de sintomatologia de depressão, os participantes foram classificados na forma a seguir, conforme a presença de sintomas depressivos nos dois momentos do estudo:

- *Grupo a*: indivíduos sem sintomas de depressão no *baseline* e no período de seguimento;
- *Grupo b*: indivíduos com sintomas de depressão no *baseline* e que não apresentavam sintomas no seguimento;
- *Grupo c*: indivíduos sem sintomas depressivos no *baseline* e que apresentavam no período de seguimento;
- *Grupo d*: indivíduos com sintomatologia depressiva no *baseline* e também apresentavam sintomas no período de seguimento.

Na identificação dos usos dos serviços de saúde foi utilizado o questionário sobre Utilização de Recursos de Saúde que contempla perguntas referentes ao atendimento em consultas clínicas ou em saúde mental, procura por emergências clínicas, serviços diagnósticos, uso de medicações psiquiátricas, adesão ao tratamento e tratamento atual em saúde mental ⁽¹⁶⁾. Considerou-se atendimento clínico as consultas realizadas por médicos especialistas no hospital geral, médico clínico na atenção primária ou consultas médicas hospitalares externas ao HCPA. O atendimento em saúde mental contemplou as consultas realizadas por psicólogos, psiquiatras e demais profissionais de saúde mental em consultório particular, Centro de Atenção

Psicossocial, Unidade Básica de Saúde e hospital geral ou psiquiátrico. A procura por emergências clínicas pontuou os atendimentos em Hospital de Pronto Socorro, emergências hospitalares e demais pronto-atendimentos clínicos. O uso de serviços diagnósticos relacionou-se a realização de exames laboratoriais e/ou radiológicos. A adesão ao tratamento foi definida subjetivamente pelo paciente, e referiu ao contínuo acompanhamento com seu médico profissional de referência em saúde mental ininterruptamente ao longo de 1 ano. Da mesma forma, o tratamento atual em saúde mental representou o acompanhamento em serviço específico ao longo dos últimos 6 meses, de forma ininterrupta e com pelo menos uma consulta ou atendimento em grupo terapêutico por mês.

2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas estão apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as contínuas através de médias e desvio padrão. Foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar associação entre escores de depressão e usos dos recursos de saúde e o Ajuste de Resíduos para identificar diferenças entre grupos. Utilizou-se o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 14.0, e o nível de significância considerado foi $\alpha = 0,05$

3. RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram convidados a participar 209 pacientes do Serviço de Medicina Interna do HCPA (*baseline*). Destes, 20 pacientes não foram incluídos no momento do seguimento (2 óbitos, 5 recusas e 13 trocas de número telefônico, inviabilizando localização), totalizando a amostra em 189 (90,43%) participantes.

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1. Observa-se o predomínio do sexo feminino (n= 138; 73%), com uma média de idade de 56,93±16,89 anos (mínimo de 18 e máximo de 90 anos). A maioria apresentava escolaridade até o ensino fundamental (n= 141; 74,6%) e exercia alguma ocupação remunerada (n= 115; 61%).

A figura 1 apresenta o diagrama de fluxo dos grupos de pacientes de acordo com a variação dos sintomas de depressão no momento de ingresso no estudo e o período de seguimento. Dos 88 (46,6%) participantes que pontuaram sintomas depressivos no *baseline* pela BDI, 44 (50%) apresentou sintomatologia leve, 35 (39,7%) moderada e 9 (10,2%) grave. No seguimento, foram observadas variações destes percentuais através da BDI e entre os pacientes com sintomatologia depressiva (n=69; 36,5%), 48 (69,5%) apresentaram sintomas leve, 18 (26%) moderada e 3 (4,3) grave. Destes, apenas 6 pacientes com sintomas depressivos moderado receberam algum tipo de tratamento em saúde mental no período de seguimento, e apenas 1 paciente com sintomatologia grave foi acompanhado para algum serviço específico de saúde mental.

Observa-se que, de forma geral, houve diminuição de indivíduos com sintomas depressivos no seguimento em relação ao *baseline*, porém não houve diferença significativa referente às migrações dos grupos ao longo do tempo do seguimento, considerando os dois instrumentos.

A tabela 2 apresenta a relação do uso de recursos de saúde e sintomas de depressão, divididos pelos grupos de migração. Objetivou-se, assim, dimensionar o fluxo dos pacientes em relação aos sintomas depressivos rastreados e mensurados, além dos recursos de saúde utilizados ao longo de aproximadamente um ano (seguimento). As categorias apresentadas englobam consultas e procedimentos com mais de um profissional de saúde e local de intervenção clínica. Em relação à utilização

de recursos de saúde, houve uma diferença na porcentagem entre os grupos de migração com os atendimentos em saúde mental, o uso de medicação psiquiátrica, a adesão ao tratamento em saúde mental e o tratamento atual em saúde mental. As diferenças estatisticamente significativas foram verificadas nos grupos extremos (*a* e *d*).

Em relação específica às consultas clínicas e de saúde mental utilizadas no período do seguimento, encontramos associações significativas entre ambas. Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao maior consumo de consultas de saúde mental nos grupos extremos (Grupos *a* e *d*). Considerando o uso de psicofármacos, 47 pacientes (25%) faziam uso de algum tipo de medicação psiquiátrica, sendo que a maioria (31 indivíduos) utilizava benzodiazepínicos como único psicofármaco ou combinados a subdoses de antidepressivos. Apenas 16 indivíduos (8,5%) faziam uso regular de antidepressivo em dose potencialmente adequada, de acordo com as normas recomendadas pelo *U.S Agency for Health Care Policy and Research guidelines for treatment of depression in primary care* (doses >20 mg Fluoxetina e >75mg Imipramina). Em relação às prescrições de psicofármacos, 23 foram realizadas por clínico geral ou outro especialista e duas por médico da atenção primária. Apenas duas prescrições foram elaboradas por psiquiatras. Dezesseis indivíduos assumiram a automedicação, sem nenhuma forma de acompanhamento especializado durante o período de uso.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a alta prevalência de sintomas depressivos (39,7 % e 46,6% pelo EDHG e BDI, respectivamente, no *baseline*) em uma população ambulatorial de hospital geral, mensurada por dois instrumentos. Por se tratar de uma população clínica com patologias crônicas, os achados vão ao encontro de dados da literatura que apontam prevalências de depressão entre 22% e 33% em pacientes que internam mediante alguma doença física ⁽¹⁷⁾. Após aproximadamente 1 ano de seguimento e reaplicação dos mesmos instrumentos, observou-se que os sintomas de depressão não modificaram de forma significativa. Tratando-se de um estudo naturalístico, sem intervenção específica em saúde mental, é possível verificar que não houve ações de acompanhamento ou encaminhamento frente os quadros mais evidentes de sintomatologia depressiva. Uma possibilidade para tal achado pode estar relacionada à freqüente distorção entre reação natural às doenças clínicas e sintomas depressivos ^(18,19). Desta forma, a não-identificação pode tornar-se mais frequente nos quadros leves de depressão (depressões subsindrômicas), justamente as mais encontradas em clientes clínicos. Assim, o subdiagnóstico pode tornar-se “padrão” em ambiente clínico, dificultando a precoce detecção da depressão nestes serviços ⁽²⁰⁾.

Em relação aos grupos e usos de recursos de saúde, percebe-se que os indivíduos com sintomatologia depressiva mensurada no tempo de aproximadamente 1 anos depois (Grupos *c* e *d*) foram os maiores consumidores de recursos de saúde. Embora não seja possível saber com base neste estudo a relação de causa-efeito, tal fato poderia ser explicado pelas demandas de investigações clínicas advindas dos quadros somáticos apresentados por estes indivíduos. Os sintomas podem ser facilmente confundidos com alguma anormalidade clínica, impulsionando as investigações por parte dos clínicos. Os pacientes que apresentaram sintomas depressivos no seguimento também foram os maiores consumidores de serviços diagnósticos, neste período. As relações entre os grupos para os recursos de saúde apontaram associações significativas entre os grupos que não apresentavam sintomas com os que se mantiveram com sintomas ao longo do seguimento (grupos *a* e *d*, respectivamente).

De acordo com estudos prévios, as comorbidades clínicas, quando associadas a sintomas depressivos, aumentam os custos na saúde em até 47%, visto que estes pacientes consultam mais em serviços de saúde, apresentam mais dias de internação e faltam mais dias de trabalho ⁽¹⁰⁾. Por outro lado, o maior consumo de recursos de saúde pode representar uma possível barreira de acesso a profissionais especialistas em saúde mental. A maioria dos pacientes persiste com estes sintomas e são encaminhados tardiamente aos serviços especializados, sem receber, muitas vezes, tratamentos adequados e específicos ⁽²¹⁾. Por outro lado, também se observa a crescente utilização de psicofármacos nas últimas décadas, basicamente pelo aumento de novas indicações terapêuticas destes, geralmente fora do contexto psiquiátrico ⁽²¹⁾.

Este estudo, contudo, apresenta algumas limitações. Não foi possível estabelecer, com o delineamento utilizado, uma relação de causalidade, pois tanto a sintomatologia depressiva poderia ser responsável por uma maior busca de recursos de saúde quanto o inverso. Outra limitação é o fato de termos uma medida isolada no tempo de aproximadamente 1 ano depois. Não foi possível determinar a quanto tempo o paciente estava com sintomas depressivos no *baseline* ou também se o grupo sem sintomatologias depressivas não esteve deprimido ao longo do seguimento. No entanto, apesar destas limitações, a estimativa é de que se estas medidas de depressão fossem mais seqüenciais possivelmente uma associação ainda maior poderia ser obtida.

Assim, o uso de escalas compactas poderia tornar esta identificação mais efetiva, uma vez que aplicações mais ágeis e simplificadas podem facilitar a introdução destes instrumentos na prática clínica. Tal prática permitiria encaminhamentos precoces para especialistas, além da redução de custos diretos e indiretos relacionados à depressão. Além disso, preparar as equipes de saúde para o reconhecimento da depressão visa à integralidade do cuidado. A alta taxa de utilização de serviços de saúde pelas pessoas com transtornos depressivos sub-diagnosticados impulsiona que novas estratégias devam ser priorizadas nos planejamentos de políticas de saúde ^(2,8). Neste contexto, torna-se necessário que novos estudos proponham o acompanhamento de clientes ambulatoriais e novas intervenções assistenciais. Os dados deste estudo são indicativos de que a realidade assistencial clínica seria

beneficiada por novas intervenções em saúde mental, qualificando esta assistência para além da especificidade psiquiátrica.

5. Referências Bibliográficas

- 1 Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:524-9.
- 2 Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 22:5-9.
- 3 Depressões secundárias: peculiaridades de depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas JR, Figueiró JA. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu; 2001.p. 3-9.
- 4 Eng CT, Humes EC, Demétrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(3):149-59.
- 5 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;2(8):261- 70.
- 6 Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GR Jr. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(1):12-20.
- 7 Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatr*. 1997;171:427-33.
- 8 Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(1):7-13
- 9 Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: Cost-of-illness Studies in the International Literature, a Review. *J Mental Health Policy Econ*. 2000; 3:3–10.
- 10 Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):431-8.
- 11 Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(2):257-62.
- 12 Machado SC, Goldim JR, Fleck MP, Eizirik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003;24(2):209-14.
- 13- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000. p.519-23.

14- Cunha, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.

15- (Machado), tese "Depressão em Hospital Geral: Avaliação do Desempenho de Escalas de Rastreamento e Desenvolvimento de Instrumento para Uso na Rotina Assistencial". Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003

16-Beechman JK, Knapp MRJ. In: Wing J Thomicroft G, Brewin C. Costing psychiatric interventions. Measuring Mental Health Needs, Gaskell (eds). London,1992. P..1-22

17 Psychiatric Association. *Educational program on depressive disorders. Overview and fundamental aspects*. World Psychiatric Association: New York; 1997.

18 Fráguas JR, Figueiró JA. Depressões secundárias: peculiaridades de depressão no contexto médico não-psiquiátrico. *In: _____*. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 3-9.

19 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;2(8):261-70.

20 Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon G and the LIDO Group. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care. *Br J Psychiatry* 2003,183:121-31.

21 Leon J, Becona E, Gurpegui M, Gonzalez-Pinto A, Diaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(9):812-6.

Tabela 1: Características sócio demográficas da amostra (N=189)

Dados Demográficos	
Idade	56,93± 16,89
Sexo	
Feminino	138(73)
Masculino	51(27)
Estado Civil	
Com companheiro	93(49,2)
Sem companheiro	96(50,8)
Escolaridade	
Até ensino fundamental	141(74,6)
Ensino médio em diante	48(25,4)
Ocupação	
Com ocupação	115(61)
Sem ocupação	74(39)

Notas: As variáveis estão apresentadas por n (%) e média±DP

Figura 1: Migração dos grupos ao longo de 14 meses em relação aos sintomas depressivos.

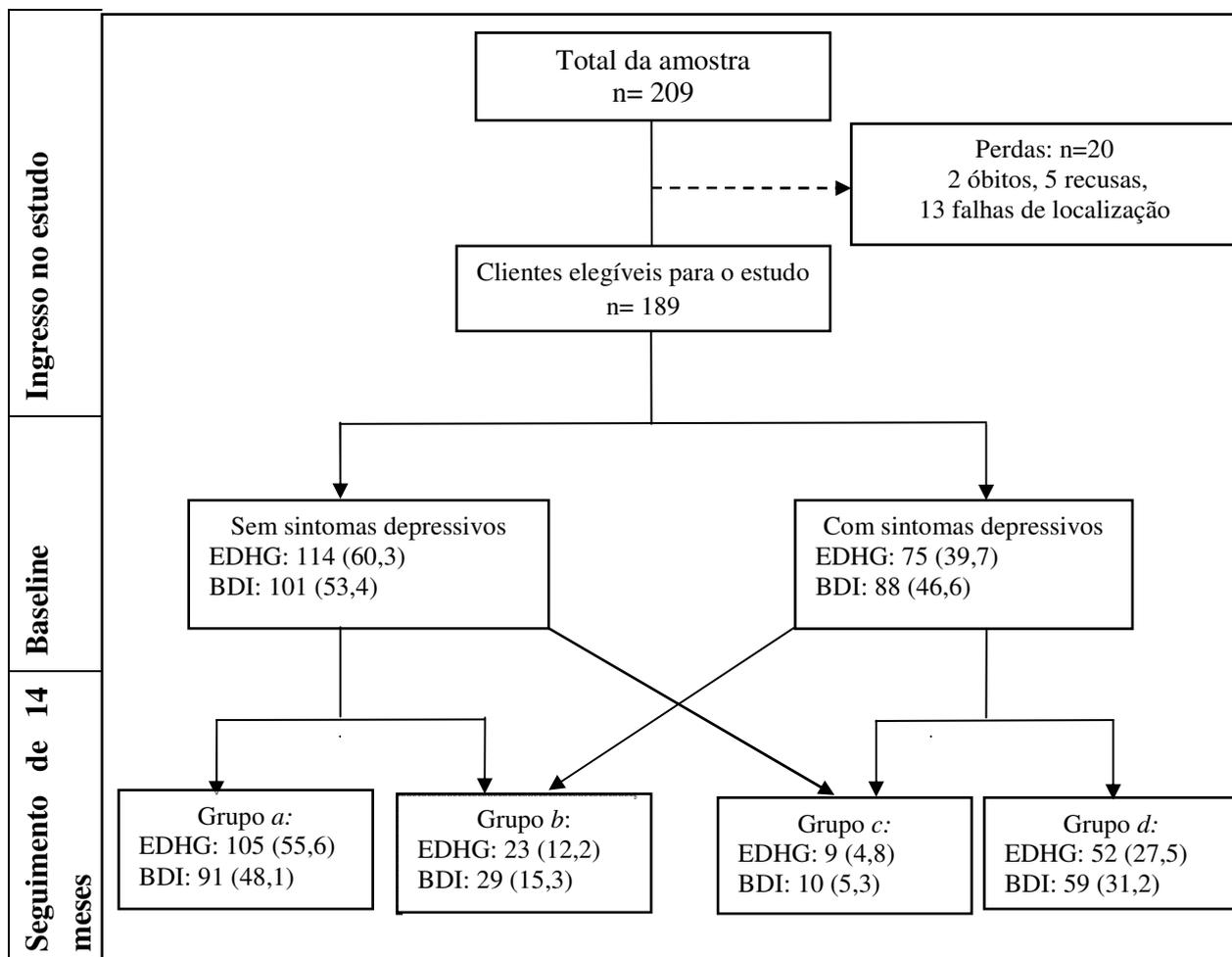


Figura 1: Diagrama de fluxo dos grupos ao longo de 14 meses em relação aos sintomas depressivos.

Notas: BDI - Inventário de Depressão de Beck: com depressão ≥ 12 ; EDHG - Escala de Depressão em Hospital Geral: com depressão ≥ 3 .

Grupos: *a* - sem sintomas de depressão no *baseline* e aos 14 meses; *b* - com sintomas de depressão no *baseline* e sem sintomas aos 14 meses; *c* - sem sintomas no *baseline* e com sintomas aos 14 meses; *d* - com sintomas no *baseline* e aos 14 meses.

Tabela 2: Associação entre sintomas depressivos e utilização de recursos de saúde ao longo de 14 meses (n= 189)

Recursos de saúde	Total n=189	Grupos				P
		a	b	c	d	
Atendimento clínico						
Não	6(3,2)	5(83,3)	0(0)	0(0)	1(16,6)	0,508
Sim	183(96,8)	86(46,9)	29(15,8)	10(5,4)	58(31,7)	
Atendimento saúde mental						
Não	160(84,6)	83(51,8)*	25(15,6)	10(6,2)	42(26,2)	0,007
Sim	29(15,4)	8(27,5)	4(13,8)	0(0)	17(58,6)*	
Serviços Diagnósticos						
Não	135(71,4)	70(51,8)	21(15,5)	5(3,7)	39(28,8)	0,225
Sim	54(28,6)	21(38,8)	8(14,8)	5(9,2)	20(37)	
Uso medicação psiquiátrica						
Não	142(75,1)	80(56,3)*	18(12,6)	7(4,9)	37(26)	<0,001
Sim	47(24,9)	21(44,6)	1(2,1)	5(10,6)	20(4,2)*	
Tratamento saúde mental						
Sem tratamento	134(70,9)	80(59,7)*	20(14,9)	8(5,9)	26(19,4)	<0,001
Não adesão	2(1,0)	0(0)	1(50)	0(0)	1(50)	
Com adesão	53(28,1)	11(20,7)	8(15)	2(3,7)	32(60,3)*	
Emergência clínica						
Não	169(89,4)	85(50,3)	24(14,2)	8(4,7)	52(30,7)	0,178
Sim	20(10,6)	6(30)	5(25)	2(10)	7(35)	
Tratamento atual em saúde mental						
Não	175(92,6)	89(50,8)*	28(16)	10(5,7)	48(27,4)	0,003
Sim	14(7,4)	2(14,2)	1(7,1)	0(0)	11(78,5)*	

Notas: As variáveis estão apresentadas por n (%). Teste Qui-quadrado com Adjusted Residual >1,96

* (a) ≠ (d) **p <0,05.**

Legenda: Grupos: a) sem sintomas de depressão no *baseline* e sem sintomas aos 14 meses; b) com sintomas de depressão no *baseline* e sem sintomas aos 14 meses; c) sem sintomas no *baseline* e com sintomas aos 14 meses; d) com sintomas no *baseline* e aos 14 meses.

Recursos de saúde: Atendimento clínico: consultas médicas hospitalares e na atenção primária. Atendimento em saúde mental: consultas com médico psiquiatra, psicólogo ou demais profissionais de saúde mental. Serviço diagnóstico: exames laboratoriais e radiológicos. Adesão ao tratamento: contínuo acompanhamento em saúde mental ao longo de 14 meses. Emergência clínica: atendimento em Hospital de Pronto Socorro, pronto-atendimentos e emergências hospitalares clínicas. Tratamento atual em saúde mental: acompanhamento em serviço específico nos últimos 3 meses.

6. ARTIGO 2

USO DO TELEFONE COMO ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO EM SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

USE OF TELEPHONE AS SCREENING STRATEGY FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN PRIMARY HEALTH CARE

**Liciane da Silva Costa^a; Larissa Mendonça Lutkemeyer^b; Sergio Pinto Machado^c,
Marcelo Pio de Almeida Fleck^d**

O Artigo será submetido para Quality of Life Research

^a Enfermeira Especialista em Saúde Mental Coletiva. Docente do Centro Universitário Metodista Ipa,.Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, Brasil.

^b Psicóloga, especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica.

^c Médico psiquiatra, Doutor em Medicina, Professor Associado da FAMED/UFRGS. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS e HCPA)

^d Médico Psiquiatra, Doutor em Medicina, Professor Adjunto da FAMED/UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED/UFRGS, Brasil.

Endereço para contato: Liciane da Silva Costa

Rua Santana, 192apt. 02. CEP: 90040-370. Porto Alegre, Brasil

Fone: (055-51) 30296829

E-mail: licisc@yahoo.com.br

Financiamento: FIPE-HCPA (#06-153)

RESUMO

Introdução: Existe uma necessidade crescente de formas alternativas de administração de questionários em pesquisa epidemiológica. O telefone é uma forma potencialmente útil.

Objetivos: Avaliar se o desempenho de instrumentos que mensuram sintomas depressivos e qualidade de vida varia conforme sua forma de aplicação (presencial ou por telefone).

Método: Cerca de 380 usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre (Sul do Brasil) foram randomizados para aplicação de instrumentos (Whoqol, BDI e EDHG) por telefone ou presencial, com intervalo de 7 dias. A análise estatística utilizada foi o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) para análise de estabilidade teste-reteste nos 4 diferentes grupos de aplicação, para cada instrumento.

Resultados: O desempenho das escalas foi invariável nos diferentes grupos de aplicação (presencial e por telefone), quando comparados.

Conclusão: A aplicação dos instrumentos por telefone apresentou desempenho semelhante à aplicação presencial, ratificando a pertinência desta forma de aplicação em pesquisa.

Palavras-chaves: Telefone, qualidade de vida, depressão, programas de rastreamento.

1. INTRODUÇÃO:

Os transtornos depressivos constituem um sério problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial ^{1,2}. Sintomas depressivos provocam prejuízos na qualidade de vida e afetam todas as suas dimensões ^{3,4}. Além disso, sujeitos com maior gravidade de sintomas depressivos consultam mais em postos de saúde e faltam mais dias ao trabalho ⁵. Em atenção primária, a prevalência é de aproximadamente 35%, porém encontramos deficiências no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento destes usuários, nestes serviços ⁶. Cerca de 50 a 60% dos casos de depressão não são detectados pelas equipes de saúde devido, principalmente, à falta de treinamento específico em saúde mental e de instrumentos facilitadores neste processo ⁷. Com a identificação dos casos e tratamento correto, a morbimortalidade pode ser reduzida em até 70% ⁸

Alguns estudos vêm utilizando intervenções telefônicas em diversas perspectivas assistenciais, desde a triagem até acompanhamentos clínicos e de saúde mental. O uso do telefone vem sendo utilizado como suporte da assistência (monitoramento, seguimento clínico, inquéritos domiciliares referentes a padrões de saúde, acompanhamento farmacológico e / ou psicoterápico,) em diferentes serviços de saúde e propostas de intervenção ^{9,10,11,12}. Resultados demonstram aumento na adesão ao tratamento e maior monitoramento clínico. Além disso, há evidências de redução de custos em por entrevistas telefônicas, cerca de oito vezes inferior ao custo de inquéritos domiciliares tradicionais ¹¹.

Assim, propostas de rastreamento de sintomas depressivos e de avaliação de qualidade de vida, além de acompanhamentos terapêuticos na atenção básica, tornam-se necessários, uma vez que possibilitam a integralidade do cuidado e agilidade nos processos de diagnóstico e encaminhamentos específicos em saúde mental.

O objetivo do estudo foi avaliar se o desempenho de escalas que mensuram sintomas depressivos e qualidade de vida varia conforme sua forma de aplicação (presencial ou por telefone).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um experimento desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, no município de Porto Alegre, RS, entre os meses de maio de 2007 e abril de 2008. Foram convidados a participar do estudo todos os usuários que aguardavam atendimento no serviço, de forma consecutiva. Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a 18 anos, ser alfabetizado e pertencer à área de abrangência da Unidade Básica em questão. No momento do convite foram explicadas a logística do estudo e o formato de aplicabilidade dos instrumentos. Todos os participantes que aceitaram entrar no estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no qual a UBS está vinculada.

Através de lista de randomização elaborada por profissional estatístico, houve a criação de 4 grupos de aplicabilidade dos instrumentos. Cada intervenção poderia ser presencial ou por telefone, em formato teste-reteste (7 dias de intervalo), seguindo a seguinte metodologia: presencial – presencial (grupo 1), presencial – telefone (grupo 2), telefone – presencial (grupo 3) e telefone – telefone (grupo 4). Foram utilizados instrumento que avaliam sintomas de depressão e qualidade de vida. Tanto a coleta de dados sócio-demográficos quanto a aplicação dos instrumentos foram realizadas por 2 pesquisadoras previamente treinadas e pertencentes ao projeto.

Aos usuários que pertenceram aos grupos de intervenção telefônica, foram estipuladas combinações referentes ao melhor momento de contato (turnos, horários), respeitando o intervalo teste-reteste de 7 dias. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma semelhante àquela presencial. Foram respeitadas as leituras textuais das perguntas dos 3 instrumentos, evitando entonações de voz díspares ou distorções semânticas que pudessem induzir determinadas respostas.

2.1 INSTRUMENTOS

A intensidade de sintomas depressivos foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e pela Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG). A Qualidade de Vida foi avaliada através do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - Bref

O BDI é um instrumento desenvolvido para mensurar intensidades de depressão tanto em pacientes ambulatoriais quanto internados. É composto de 21 itens, auto-aplicável e validado para o português com escore total máximo de 63 pontos. A aplicação do BDI é amplamente utilizada em pacientes psiquiátricos, clínicos e ambulatoriais, e foi profundamente analisado quanto aos critérios de confiabilidade e validade^{13,14}

A Escala de Depressão em Hospital Geral é composta de 06 itens, cujas possibilidades de respostas são numeradas de zero a três. Trata-se de um instrumento que objetiva rastrear sintomas depressivos em populações clínicas. Foi desenvolvida a partir dos itens do Hospital Anxiety na Depression Scale (HADS), do Beck Depression Inventory (BDI) e do Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), através de modelos propostos por Rash¹⁵

O WHOQOL-bref é um instrumento da Organização Mundial da Saúde, auto aplicável e validado transculturalmente. Constam de 26 questões, duas sobre Qualidade de Vida (QV) geral e 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁶

2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para realização dos testes estatísticos foi utilizado o SPSS versão 14.0. Utilizou-se o Coeficiente de Correlação intra-classe (ICC) para análise da estabilidade teste-reteste nos 4 diferentes grupos de aplicação, para cada instrumento. Testa a fidedignidade e a confiabilidade do teste-reteste..Da mesma forma, o ICC foi utilizado para análise item a item dos diferentes domínios do instrumento WHOQOL – bref.

O teste t foi utilizado para avaliação de diferenças estatisticamente significativas dos resultados encontrados no período teste-reteste para cada grupo de aplicação. Foram estimados intervalos de confiança de 95%.

3. RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 437 usuários. Destes, 57 (13%) não concluíram as etapas de teste e reteste (13 não foram localizados pelo número telefônico fornecido, 19 desistiram de participar na etapa de teste e 25 desistiram na etapa de reteste). Finalizamos o estudo com 95 participantes elegíveis em cada grupo, totalizando a amostra em 380 sujeitos.

As características sócio-demográficas dos sujeitos estudados estão descritas na Tabela 1. Do total da amostra, 252 (65,8%) participantes eram do sexo feminino e 260 (68,4%) têm companheiro. A média de idade foi de 44,6 + - 13,6 anos. 260 (68,4) apresentam até 8 anos de estudo e 266 (70%) possuem ocupação profissional ativa atualmente.

Tabela 1 – Dados demográficos da amostra (n=380)

A tabela 2 apresenta os coeficientes de correlação intra-classe referentes aos 4 grupos de aplicabilidade, para todos os instrumentos utilizados. Estes coeficientes apresentaram correlação forte em sua maioria, e mostraram-se altamente significativos para grande maioria de instrumentos e grupos de aplicação.

Na tabela 3 observamos o índice de correlação intra-classe nos 26 subdomínios do Whoqol-bref (facetas)

4. DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo demonstram que houve concordância no método de aplicação dos instrumentos e estabilidade teste-reteste entre os diferentes grupos. Os 3 instrumentos mostraram-se confiáveis quando aplicados presencialmente ou por telefone, nesta amostra. A avaliação de confiabilidade através do teste-reteste nos permite analisar se resultados semelhantes são obtidos quando o instrumento é aplicado sob as mesmas condições metodológicas, em momentos diferentes.

Em relação aos instrumentos, a EDHG apresentou leve diminuição nos valores de correlação quando aplicada no grupo 2 (presencial-telefone), comparada aos demais grupos de aplicabilidade. A Escala de Depressão de Beck, por sua vez, manteve-se estável quando aplicada nos diferentes grupos, mantendo altos valores significativos de correlação (todos acima de 0,9). Podemos considerar que os altos valores de correlação teste-reteste possa estar relacionado ao fato de serem escalas menores e de aplicação facilitada junto aos mais diferentes serviços de saúde.

Em relação ao WHOQOL-bref, as correlações em praticamente todos os domínios e para as 4 condições experimentais mantiveram-se fortes, com coeficientes de correlação intraclasse em níveis superiores a 0,9. Ao analisarmos as facetas individualmente, contudo, percebemos que apenas algumas delas (facetar 05 e 06 do Domínio Psicológico, 22 do Domínio das Relações Sociais e 24 do Domínio Meio Ambiente) apresentaram ICC abaixo de 0,7. Apesar deste achado, o Índice de Correlação de cada domínio em questão não foi comprometido, mantendo-se forte para os 4 grupos. Podemos, assim, comprovar que independente do formato de aplicação de cada um dos 3 instrumentos aplicados, não houve variação no método.

A maioria dos estudos que procuram avaliar o uso do telefone como método de obtenção de informações na área da saúde, tem se centrado na avaliação da praticidade e menor custo envolvido e seu impacto na adesão a tratamento. Por exemplo, em uma revisão sistemática de Bee e colaboradores¹⁷, 13 estudos analisaram o uso de telefone, internet e videoconferência em pacientes acompanhados por psicoterapia. Os resultados mostraram que o uso do telefone conferiu vantagens, com redução de custos, aumento na detecção de novos casos, maior adesão a tratamento e aumento de encaminhamento para serviços de saúde mental. Um estudo de 2005, de Ackermann e colaboradores¹⁸ avaliou a intervenção telefônica e aplicação

de instrumento Patient Health Questionnaire, mostrando-se efetiva no rastreamento de sintomas depressivos entre pacientes clínicos.

Simon e colaboradores¹⁹ realizaram alguns estudos utilizando intervenção telefônica em cuidados primários. Nestes, um programa sistemático de acompanhamento e gestão de cuidados, por telefone, melhorou significativamente os resultados a um custo bastante reduzido. Para pacientes de cuidados primários do início do tratamento de antidepressivo, um programa de integração da gestão de cuidados de telefone e psicoterapia cognitivo-comportamental estruturada melhorou significativamente a satisfação e resultados clínicos. Estes resultados sugerem um novo modelo de saúde pública de psicoterapia para depressão, incluindo divulgação ativa e esforços para melhorar o acesso e a motivação para o tratamento.

No entanto, ao que nos conste este é o primeiro estudo cujo objetivo é o de avaliar a confiabilidade da informação obtida por telefone no preenchimento de escalas de auto-avaliação em relação ao método presencial.

Os resultados do presente estudo sugerem que o telefone pode ser uma estratégia confiável para obtenção de dados em escalas de auto-avaliação, que quantificam sintomas depressivos e qualidade de vida, quando comparados com a aplicação presencial em atenção primária. É necessário, porém, que a aplicação dos instrumentos seja realizada por profissional experiente e previamente treinado, evitando, assim, distorções e demais influências nos resultados. Esta, talvez, seja a limitação mais importante para este tipo de método. Assim, mais estudos são necessários para estabelecer se o método do telefone se mantém confiável em outros transtornos psiquiátricos e com outras escalas de avaliação.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Almeida-Filho N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **British Journal Psychiatry**, v. 171, p.524-9, 1997.

2 Greden J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, supl. 22, p. 5-9, 2001.

3 Ravindran A.V. et al. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal Affective Disorders*, v. 71, n. 1-3, p. 121-30, 2002.

4 Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 257-62, jun, 2009.

5 Fleck M. P et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002.

6 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 8, p.261-70, 2007.

7 Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

8 Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 58, sup. 1, p. 5-10, 1997.

9 Clark R. A. Et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, v. 334, p. 942–5, 2007.

10 Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system: a pilot study. **Effective Clinical Practice**, v. 3, p. 170-178, 2000.

11 Monteiro C.A. et al. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 47-57, 2005.

12 Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, et al: Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. **JAMA**, v. 292, p. 935-942, 2004.

13 Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and biological research**, v. 29, n. 4, p. 453-7, 1996.

14 Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush A.J, Pincus H.A. Handbook of psychiatric measures. Washington (DC): **American Psychiatric Association**, p. 519-23, 2000

15 (Machado), thesis "Depression in General Hospital: Performance Evaluation of Tracking and Scale Development of Instrument for Use in Routine Care". Federal University of Rio Grande do Sul, 2003.

16 The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-8, 1998.

17 Bee P.E, Bower P, Lovell K. Psychotherapy mediated by remote communication technologies. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 60, p. 1-13, 2008.

18 Ackermann R. et al. Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. **General Hospital Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 338-43, 2005.

19 Simon G.E. et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **Brasilian Medical Journal**, v. 1, n. 320, p. 550–554, 2000.

Tabela 1 – Dados demográficos da amostra (n=380)

Dados Demográficos	N(%)
Idade	44,68 ± 13,61
Gênero Feminino	252(65,8)
Estado Civil	
Com companheiro	246(64,7)
Sem companheiro	134(35,3)
Escolaridade	
Até ensino fundamental	260(68,4)
Ensino médio em diante	120(31,6)
Ocupação	
Com ocupação	266(70)
Sem ocupação	114(30)

Notas: As variáveis estão apresentadas por n (%) e média±DP

Tabela 2: Coeficientes de Correlação Intraclasse (teste-reteste) referentes aos 4 grupos de aplicação dos instrumentos do estudo (n= 380)

Instrumentos	Grupo 1 ICC (IC 95%)	Grupo 2 ICC (IC 95%)	Grupo 3 ICC (IC 95%)	Grupo 4 ICC (IC 95%)
EDHG	0,965 (0,95-0,97)	0,844(0,81-0,89)	0,939 (0,92-0,95)	0,939 (0,92-0,95)
BDI	0,983 (0,97-0,98)	0,968 (0,95-0,97)	0,980 (0,97-0,98)	0,974 (0,96-0,98)
WHOQOL domínios				
Físico	0,966 (0,95-0,977)	0,945 (0,93-0,96)	0,951 (0,93-0,96)	0,941 (0,92-0,96)
Psicológico	0,928 (0,90-0,95)	0,814 (0,77-0,87)	0,929 (0,91-0,95)	0,877 (0,84-0,91)
Social	0,893 (0,86-0,92)	0,879 (0,85-0,92)	0,886 (0,85-0,92)	0,909 (0,88-0,94)
Meio ambiente	0,970 (0,96-0,98)	0,960 (0,94-0,97)	0,967 (0,95-0,97)	0,978 (0,97-0,98)
Overall	0,961 (0,94-0,97)	0,944 (0,92-0,96)	0,950 (0,93-0,96)	0,915 (0,89-0,94)

ICC - índice de Correlação Intraclasse, IC – Intervalo de Confiança

Grupo 1: *presencial-presencial*, grupo 2: *presencial-telefone*, grupo 3: *telefone-presencial*, grupo 4: *telefone-telefone*

Tabela 3: Índice de Correlação Intraclasse (ICC) nos 26 subdomínios do Whoqol-bref (facetas):

DOMÍNIOS	Grupo1 ICC (IC 95%)	Grupo2 ICC (IC 95%)	Grupo 3 ICC (IC 95%)	Grupo 4 ICC (IC 95%)
Domínio Físico				
03- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	0,915 (0,89-0,94)	0,868 (0,84-0,92)	0,887 (0,86-0,920)	0,828 (0,79-0,88)
04- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida?	0,840 (0,80-0,89)	0,895 (0,86-0,93)	0,812 (0,77-0,87)	0,918 (0,89-0,94)
10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	0,941 (0,92-0,96)	0,950 (0,93-0,96)	0,961 (0,94-0,97)	0,963 (0,95-0,97)
15- Quão bem você é capaz de se locomover?	0,951 (0,93-0,96)	0,945 (0,92- 0,96)	0,919 (0,89-0,94)	0,940 (0,92-0,96)
16- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	0,905 (0,88-0,93)	0,836 (0,80-0,89)	0,891 (0,86-0,92)	0,923 (0,90-0,94)
17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia- a- dia?	0,846 (0,81-0,89)	0,832 (0,79-0,88)	0,731 (0,69- 0,82)	0,764 (0,72-0,84)
18- Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	0,916 (0,89-0,94)	0,917 (0,89-0,94)	0,951 (0,93-0,96)	0,928 (0,90-0,95)
Domínio Psicológico				
05- O quanto você aproveita a vida?	0,787(0,75-0,85)	0,679 (0,64-0,78)	0,829 (0,79-0,88)	0,665 (0,63-0,77)
06- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0,811 (0,77-0,87)	0,699 (0,66-0,790)	0,837 (0,80-0,89)	0,789 (0,75-0,86)
07- O quanto você consegue se concentrar?	0,904 (0,88-0,93)	0,903 (0,87-0,93)	0,948 (0,93-0,96)	0,958 (0,94-0,97)
11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,893 (0,86-0,92)	0,829 (0,79-0,88)	0,852 (0,82-0,90)	0,842 (0,81-0,83)
19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0,803 (0,76-0,86)	0,775 (0,73-0,85)	0,812 (0,77-0,87)	0,802 (0,76-0,86)
26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	0,913 (0,89-0,94)	0,898 (0,87-0,93)	0,935 (0,91-0,95)	0,833 (0,79-0,88)
Domínio Relações Sociais				
20- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	0,849 (0,81-0,90)	0,752 (0,71-0,83)	0,831 (0,79-0,88)	0,870 (0,84-0,91)
21- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0,896 (0,87-0,93)	0,914 (0,89-0,94)	0,836 (0,80-0,89)	0,930 (0,91-0,95)
22- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	0,754 (0,71-0,83)	0,761 (0,72-0,84)	0,839 (0,80-0,89)	0,695 (0,66-0,79)
Domínio Meio Ambiente				
08- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	0,953 (0,93-0,96)	0,912 (0,88-0,94)	0,926 (0,90-0,95)	0,960 (0,94-0,97)
09- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	0,839 (0,80-0,89)	0,857 (0,82-0,90)	0,888 (0,86-0,92)	0,859 (0,82-0,90)
12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	0,925 (0,90-0,95)	0,957 (0,94-0,97)	0,944 (0,92-0,96)	0,966 (0,95-0,97)
13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	0,892 (0,86-0,92)	0,879 (0,85-0,92)	0,840 (0,80-0,89)	0,907 (0,88-0,93)
14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	0,715 (0,68-0,81)	0,850 (0,81-0,90)	0,750 (0,71-0,83)	0,752 (0,71-0,83)
23- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	0,920 (0,89-0,94)	0,914 (0,89-0,94)	0,945 (0,92-0,96)	0,975 (0,96-0,98)
24- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	0,808 (0,77-0,87)	0,669 (0,63-0,77)	0,764 (0,72-0,84)	0,826 (0,79-0,88)
25- Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	0,841 (0,80-0,89)	0,906 (0,88-0,93)	0,925 (0,90-0,95)	0,894 (0,86-0,93)
Overall				
01- Como você avaliaria sua qualidade de vida?	0,966 (0,95-97)	0,932 (0,91-0,95)	0,953 (0,94-0,96)	0,927 (0,90-0,95)
02- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	0,950 (0,93-0,96)	0,964 (0,95-0,97)	0,936 (0,91-0,95)	0,907 (0,88-0,93)

ICC - índice de Correlação Intraclasse, IC – Intervalo de Confiança

Grupo 1: *presencial-presencial*, grupo 2: *presencial-telefone*, grupo 3: *telefone-presencial*, grupo 4: *telefone-telefone*

ABSTRACT

Introduction: There is a growing need of alternative ways of administering questionnaires in epidemiological surveys. The telephone is potentially useful.

Objectives: To assess if the performance of instruments that measures depressive symptoms and quality of life vary according its application way (on-site or by telephone).

Method: Approximately 380 user of a Health Care Unit at Porto Alegre (Southern of Brazil) were randomized for the application of instruments (WHOQOL, BDI and EDHG) by phone or on-site with 7 days of interval. The statistical analysis used was the Interclass Correlation Coefficient (ICC) for test-retest stability analysis in 4 different application groups for each instrument.

Results: The scales' performance was invariably on the different application groups (on-site and by telephone) when those were compared.

Conclusion: The application of instruments by telephone presented a similar performance when compared to application on-site, ratifying the relevance of this application way in research.

Keywords: Telephone, quality of life, depression, mass screening

1. INTRODUCTION:

Depressive disorders are a serious public health problem due its high prevalence and psychosocial impact ^{1,2}. Depressive symptoms cause impairment in quality of life and affects all dimensions ^{3,4}. Besides, individuals with greater severity of depressive symptoms have more appointments at health care centers and miss more days at work ⁵. On primary care the prevalence is approximately 35%, but we found deficiencies on screening, diagnose and follow-up processes of these individuals in such services ⁶. Approximately 50 to 60% of depression cases are not detected by health care teams especially due their lack of specific training in mental health and enabler instruments for this process ⁷. With the identification of cases and correct treatment, the morbidity and mortality can be reduced up to 70% ⁸.

Some studies have been using telephone interventions in several care perspectives, from trial to clinical and mental care follow-up ^{9,10,11,12}. Results have shown an increase in treatment adherence and higher clinical monitoring. Besides, there are evidences of cost reduction in telephone interventions of approximately eight times, when compared to the cost of traditional household surveys ¹¹.

So, the use of screening of depressive symptoms and quality of life evaluation, besides therapeutic follow-ups in basic care are necessary, once that they enable care integrality and agility in diagnose process and specific routing for mental health.

The aim of this study was to access if the performance of scales that measures depressive symptoms and quality of life vary according its application way (on site or by telephone).

2. MATERIALS AND METHODS

This was an experiment developed on Primary Care Unit (PCU) Santa Cecília, at Porto Alegre municipality (Rio Grande do Sul – Brazil) during the period between May 2007 and April 2008. It was invited to join the study all users who were waiting for attendance at place, in a consecutive way. The inclusion criteria were age equal or higher than 18 years-old, to be alphabetized and to belong to the area covered by such PCU. At the time of call, the study logistic and the applicability format of instruments were explained. All participants who accepted to join the study signed an Informed

Consent Form. The project was evaluated and approved by the Independent Ethics Committee of Hospital das Clínicas de Porto Alegre, in which the PCUI is bounded.

Through a randomization list made by a statistician were created 4 groups of instruments applicability. Each intervention could be made on-site or by telephone, in test-retest format (7 days of interval) according the following methodology: on-site – on-site (1st group), on-site – telephone (2nd group), telephone – on-site (3rd group) and telephone – telephone (4th group). It was used instruments to assess depression symptoms and quality of life. Both the collection of social-demographic data as the application of instruments were made by 2 researchers previously trained and pertaining to the project.

For users who belong to telephone intervention group, some combinations were stipulated regarding the best contact moment (shifts, schedules) respecting the test-retest interval of 7 days. The application of instruments was made in a similar way for on-site intervention.

2.1 INSTRUMENTS

The intensity of depressive symptoms was evaluated through Beck Depression Inventory (BDI) and through the Depression Scale in General Hospital (DSGH). Quality of Life was evaluated through World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – Bref.

BDI is an instrument developed to measure depression intensities, both for outpatients and inpatients (15). It is compounded by 21 self-applicable items validated for Portuguese (16) with maximal total score of 63 points. The BDI application is largely used for psychiatric, clinical patients and outpatients, and was deeply analyzed regarding confidence and validation criteria ^{13,14}

Depression Scale in general Hospital is compounded by 6 items which answer possibilities are numbered from zero to three. It is an instrument that aims to track depressive symptoms in clinical populations. It was developed based in items of Hospital Anxiety in Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI) and Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), through Rasch models ¹⁵

The WHOQOL-BREF is an instrument developed by World Health Organization that is self-applicable and cross-culturally validated. It presents 26 questions, two on

general Quality of Life (QL) and 24 divided into four domains: physical, psychological, social relations and environment ¹⁶

2.2 STATISTICAL ANALYSIS

The SPSS version 140 was used to perform the statistical tests. The Interclass Correlation Coefficient (ICC) was used to evaluate test-retest stability in the 4 different application groups for each instrument. It evaluates test-retest reliability. In the same way, the ICC was used to analyze each item from the different domains of WHOQOL-BREF instrument.

The t test was used to assess statistical meaningful differences from the results during the test-retest period for each application group. Confidence Intervals were estimated in 95%.

3.RESULTS

437 individuals were invited to participate the study. 57 individuals (13%) did not finish the test-retest stages (13 were not located by the telephone number that was gave, 19 quit to participate the test stage and 25 quit to participate the retest stage). We finish the study with 95 eligible individuals for each group, totalizing a sample with 380 individuals.

The social-demographic characteristics of the studied individuals are described at Table 1. From the whole sample, 252 (65.8%) individuals were female and 260 (68.4%) have a partner. Average age was 44.6 + - 13.6 years. 260 (68.4%) had up to 8 years of study and 266 (70%) have a job currently active.

Table 1 – Demographic data of sample (n=380)

Table 2 presents the interclass correlation coefficients related to the 4 applicability groups for all instruments used. Mostly of these coefficients presented a strong correlation and they were highly meaningful for most instruments and application groups.

Table 2: Interclass Correlation Coefficients (test-retest) related to the 4 application groups of study's instruments (n = 380).

On table 3 we observed the interclass correlation index in 26 sub-domains of WHOQOL-BREF (facets) (Annexed at the end of the article).

4.DISCUSSION

Data of this study demonstrated that there was an agreement on the application method of instruments and test-retest stability between the different groups. The 3 instrument were reliable when applied on site or by telephone for this sample. The reliability evaluation allow us to analyze if similar results are obtained when the instrument is applied under the same methodological conditions at different moments.

Regarding instruments, the DSGH presented a mild decrease in correlation values when applied to the 2nd group (on site – telephone), when compared to the other applicability groups. By its turn, the Beck Depression Scale was stable when applied for the different groups, keeping high the meaningful correlation values (all above 0.9). We can consider that such high values of test-retest correlation may be related to the fact that this scale is smaller and due its easier application at different health care centers.

Regarding WHOQOL-bref, the correlations for all domains and for the 4 experimental conditions remained strong, with interclass correlation coefficients at levels higher than 0.9. However, when we analyze each facet individually we noticed that some of them (facets 5 and 6 from Psychological Domain, facet 22 from Social Relations Domain and facet 24 from Environment Domain) presented ICC below 0.7. Spite of this finding, the Correlation Index of each of these domains was not compromised. So we can prove that regardless the application format on each one of the 3 applied instruments, there was no variation in the method.

Most studies that were trying to evaluate the use of telephone as a method to obtain information in health care area are centered in assess practicality and less cost involved and its impact over treatment's adherence. For instance, in a systematic review made by Bee et al ¹⁷ , 13 studies evaluated the use of telephone, internet and videoconference in patients followed by psychotherapy. The results showed that the use of telephone had some advantages as reduction of costs, increase in detection of new cases, higher adhesion to the treatment and an increase to health mental services. The telephone assessment and the application of the instrument Patient Health Questionnaire – 8 was effective to screen depressive patients among clinical patients¹⁸. Simon and collaborators ¹⁹ made some studies using telephone's intervention in primary care. In one of these studies, a systematic program of follow-up and care management made by phone significantly improved the results at a very low cost. For primary care

patients beginning the antidepressant treatment, an integration program of telephone care and cognitive-behavioral psychotherapy management meaningfully improved the clinical results and patient's satisfaction. These results suggested a new model public health of psychotherapy for depression, including an active divulgation and also efforts to improve the access and motivation for treatment^{9,12}.

However, to our knowledge, this is the first study aiming to assess the reliability of information obtained by phone during the filling of self-assessment scales in comparison with on site method.

The results from this study suggest that the telephone can be a reliable strategy to obtain data in self-assessment scale that quantifies depressive symptoms and quality of life when compared to on site application in primary care. More studies are necessary to establish if the telephone method keeps itself reliable for other psychiatric disturbances and other assessment scales.

This study was supported by a Grant from *Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) Hospital de Clínicas de Porto Alegre*.

5. REFERENCES

- 1 Almeida-Filho N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **British Journal Psychiatry**, v. 171, p.524-9, 1997.
- 2 Greden J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. **Journal of Clinical Psychiatry** , v. 62, supl. 22, p. 5-9, 2001.
- 3 Ravindran A.V. et al. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal Affective Disorders*, v. 71, n. 1-3, p. 121-30, 2002.
- 4 Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 257-62, jun, 2009.
- 5 Fleck M. P et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002.
- 6 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 8, p.261-70, 2007.
- 7 Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.
- 8 Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 58, sup. 1, p. 5-10, 1997.
- 9 Clark R. A. Et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, v. 334, p. 942–5, 2007.

10 Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system: a pilot study. **Effective Clinical Practice**, v. 3, p. 170-178, 2000.

11 Monteiro C.A. et al. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 47-57, 2005.

12 Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, et al: Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. **JAMA**, v. 292, p. 935-942, 2004.

13 Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and biological research**, v. 29, n. 4, p. 453-7, 1996.

14 Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush A.J, Pincus H.A. Handbook of psychiatric measures. Washington (DC): **American Psychiatric Association**, p. 519-23, 2000

15 (Machado), thesis "Depression in General Hospital: Performance Evaluation of Tracking and Scale Development of Instrument for Use in Routine Care". Federal University of Rio Grande do Sul, 2003.

16 The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-8, 1998.

17 Bee P.E, Bower P, Lovell K. Psychotherapy mediated by remote communication technologies. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 60, p. 1-13, 2008.

18 Ackermann R. et al. Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. **General Hospital Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 338-43, 2005.

19 Simon G.E. et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **Brasilian Medical Journal**, v. 1, n. 320, p. 550–554, 2000.

Table 1 – Demographic data of sample (n=380)

SOCIAL-DEMOGRAPHIC DATA	N(%)
Age	44,68 ± 13,61
Female Gender, N(%)	252(65,8)
Marital status	
N (%) with partner	246(64,7)
N (%) without partner	134(35,3)
Schooling,	
N (%) up to elementary school	260(68,4)
N (%) secondary school and others	120(31,6)
Occupation,	
N (%) with a job	266(70)
N (%) without a job	114(30)

Note: Continuity variables were presented by mean±SD and n(%)

Table 2: Interclass Correlation Coefficients (test-retest) related to the 4 application groups of study's instruments (n = 380).

	Group1 ICC (IC 95%)	Group2 ICC (IC 95%)	Group3 ICC (IC 95%)	Group4 ICC (IC 95%)
EDHG	0,965 (0,95-0,97)	0,844(0,81-0,89)	0,939 (0,92-0,95)	0,939 (0,92-0,95)
BDI	0,983 (0,97-0,98)	0,968 (0,95-0,97)	0,980 (0,97-0,98)	0,974 (0,96-0,98)
WHOQOL				
Physical Domain	0,966 (0,95-0,977)	0,945 (0,93-0,96)	0,951 (0,93-0,96)	0,941 (0,92-0,96)
Psychological Domain	0,928 (0,90-0,95)	0,814 (0,77-0,87)	0,929 (0,91-0,95)	0,877 (0,84-0,91)
Social Domain	0,893 (0,86-0,92)	0,879 (0,85-0,92)	0,886 (0,85-0,92)	0,909 (0,88-0,94)
Environment Domain	0,970 (0,96-0,98)	0,960 (0,94-0,97)	0,967 (0,95-0,97)	0,978 (0,97-0,98)
Overall	0,961 (0,94-0,97)	0,944 (0,92-0,96)	0,950 (0,93-0,96)	0,915 (0,89-0,94)

ICC – Interclass Correlation Coefficient, IC – Confidence Interval

1st Group: *on site-on site*, 2nd group: *on site-telephone*, 3rd group: *telephone-on site*, 4th group *telephone-telephone*

Table 3: Interclass correlation index (ICC) on the 26 Whoqol-bref sub-domains (facets):

Table 3: Interclass correlation index (ICC) on the 26 Whoqol-bref sub-domains (facets):

DOMAINS	1 st Group	2 nd Group	3 rd Group	4 th Group
	ICC (CI 95%)	ICC (CI 95%)	ICC (CI 95%)	ICC (CI 95%)
Physical Domain				
03- In what level do you think that your (physical) pain prevents you of doing what you need?	0.915 (0.89-0.94)	0.868 (0.84-0.92)	0.887 (0.86-0.920)	0.828 (0.79-0.88)
04- How much do you need medical treatment to take your life?	0.840 (0.80-0.89)	0.895 (0.86-0.93)	0.812 (0.77-0.87)	0.918 (0.89-0.94)
10- Do you have enough energy for your daily activities?	0.941 (0.92-0.96)	0.950 (0.93-0.96)	0.961 (0.94-0.97)	0.963 (0.95-0.97)
15- How well are you able to move?	0.951 (0.93-0.96)	0.945 (0.92- 0.96)	0.919 (0.89-0.94)	0.940 (0.92-0.96)
16- How satisfy are you with your sleep?	0.905 (0.88-0.93)	0.836 (0.80-0.89)	0.891 (0.86-0.92)	0.923 (0.90-0.94)
17- How satisfy are you with your ability performing your daily activities?	0.846 (0.81-0.89)	0.832 (0.79-0.88)	0.731 (0.69- 0.82)	0.764 (0.72-0.84)
18- How satisfy are you with your ability for work?	0.916 (0.89-0.94)	0.917 (0.89-0.94)	0.951 (0.93-0.96)	0.928 (0.90-0.95)
Physiological Domain				
05- How much do you enjoy your life?	0.787(0.75-0.85)	0.679 (0.64-0.78)	0.829 (0.79-0.88)	0.665 (0.63-0.77)
06- In what extend to you think that your life has a meaning?	0.811 (0.77-0.87)	0.699 (0.66-0.79)	0.837 (0.80-0.89)	0.789 (0.75-0.86)
07- How much can you concentrate?	0.904 (0.88-0.93)	0.903 (0.87-0.93)	0.948 (0.93-0.96)	0.958 (0.94-0.97)
11- Are you able to accept your physical appearance?	0.893 (0.86-0.92)	0.829 (0.79-0.88)	0.852 (0.82-0.90)	0.842 (0.81-0.83)
19- How satisfy are you with yourself?	0.803 (0.76-0.86)	0.775 (0.73-0.85)	0.812 (0.77-0.87)	0.802 (0.76-0.86)
26- How often do you have negative feelings such as bad mood, despair, anxiety and depression?	0.913 (0.89-0.94)	0.898 (0.87-0.93)	0.935 (0.91-0.95)	0.833 (0.79-0.88)
Social Relations Domain				
20- How satisfy are you with your interpersonal relationships (friends, relatives, known people, colleagues)?	0.849 (0.81-0.90)	0.752 (0.71-0.83)	0.831 (0.79-0.88)	0.870 (0.84-0.91)
21- How satisfy are you with your sexual life?	0.896 (0.87-0.93)	0.914 (0.89-0.94)	0.836 (0.80-0.89)	0.930 (0.91-0.95)
22- How satisfy are you with the support that you receive from your friends?	0.754 (0.71-0.83)	0.761 (0.72-0.84)	0.839 (0.80-0.89)	0.695 (0.66-0.79)
Environmental Domain				
08- How security does you feel regarding your daily life?	0.953 (0.93-0.96)	0.912 (0.88-0.94)	0.926 (0.90-0.95)	0.960 (0.94-0.97)
09- How healthy is your physical environment (weather, noise, pollution, attractive)?	0.839 (0.80-0.89)	0.857 (0.82-0.90)	0.888 (0.86-0.92)	0.859 (0.82-0.90)
12- Do you have enough money to satisfy your needs?	0.925 (0.90-0.95)	0.957 (0.94-0.97)	0.944 (0.92-0.96)	0.966 (0.95-0.97)
13- How available is the information that you need for your daily life?	0.892 (0.86-0.92)	0.879 (0.85-0.92)	0.840 (0.80-0.89)	0.907 (0.88-0.93)
14- How often do you have opportunity for leisure activities?	0.715 (0.68-0.81)	0.850 (0.81-0.90)	0.750 (0.71-0.83)	0.752 (0.71-0.83)
23- How satisfy are you with the conditions on the place that you live?	0.920 (0.89-0.94)	0.914 (0.89-0.94)	0.945 (0.92-0.96)	0.975 (0.96-0.98)
24- How satisfy are you with your access to health services ?	0.808 (0.77-0.87)	0.669 (0.63-0.77)	0.764 (0.72-0.84)	0.826 (0.79-0.88)
25- How satisfy are you with your transportation?	0.841 (0.80-0.89)	0.906 (0.88-0.93)	0.925 (0.90-0.95)	0.894 (0.86-0.93)
Overall				
01- How do you evaluate your quality of life?	0.961 (0.94-0.97)	0.944 (0.92-0.96)	0.950 (0.93-0.96)	0.915 (0.89-0.94)
02- How satisfy are you with your health?	0.840 (0.80-0.89)	0.895 (0.86-0.93)	0.812 (0.77-0.87)	0.918 (0.89-0.94)

ICC - Interclass correlation index), CI – Confidence Interval

1st Group: *on site-on site*, 2nd group: *on site-telephone*, 3rd group 3: *telephone-on site*, 4th group 4: *telephone-telephone*

7. COMENTÁRIOS FINAIS

Nossos dados apresentam índices elevados de sintomas depressivos, tanto em serviços ambulatoriais quanto na atenção básica. Apesar destas evidências, poucas ações efetivas configuram-se na prática assistencial. Nossos resultados são atribuídos a uma observação naturalística, uma vez que não foram realizadas intervenções ou ações assistenciais específicas de saúde mental.

Diversos estudos vêm preocupando-se em avaliar prevalências de depressão em diferentes níveis de atenção, correlacionando estes escores às condições clínicas dos pacientes e a custos associados. As questões que permeiam nossas discussões, porém, centram-se nas propostas assistenciais de rastreamento, além do foco nas patologias e na medicalização.

Com este estudo, objetivamos avaliar as prevalências de sintomas depressivos em usuários de diferentes níveis de atenção. Em todos eles há evidências quantitativas e subjetivas que apontam para a crescente prevalência de transtornos psiquiátricos em meio clínico e a crescente utilização de recursos de saúde por estes indivíduos.

O rastreamento é ainda pouco desenvolvido pelos profissionais e muitos desconhecem a forma mais efetiva de realizá-lo. Neste contexto, fazem-se necessárias ferramentas para identificação da depressão e acompanhamento sistemático destes usuários. O uso do telefone pode representar uma forma efetiva, de baixo custo e acessível aos diferentes serviços, para este fim. Nossos resultados mostraram que há invariabilidade no desempenho das escalas utilizadas para rastreamento e impacto de sintomatologia depressiva, nos diferentes grupos de aplicação (presencial e por telefone). O uso do telefone, neste contexto, pode ser útil e eficaz na avaliação de adesão ao tratamento, uso de medicações clínicas ou psiquiátricas prescritas e o agravamento ou não dos quadros em saúde mental.

A utilização de escalas de rastreamento podem, também, representar uma medida efetiva de detecção de possíveis casos de depressão. A Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG) mostrou-se funcional em nosso estudo. Por sua simplicidade e aplicabilidade facilitada junto aos sistemas utilizados no ambulatório clínico (prontuário on-line, consultas de enfermagem ou grupos), poderia ser um instrumento utilizado pelos diferentes profissionais, sem ônus nem maior demanda significativa de tempo nas consultas. Por serem realizadas em um contexto clínico,

estas ações poderiam prevenir a morbidade das doenças crônicas e diminuir a procura por serviços de saúde em geral, tais como emergências clínicas e serviços diagnósticos.

Assim, a precoce detecção de sintomas depressivos em pacientes clínicos é um objetivo a ser buscado, devido aos prejuízos pessoais associados e demais custos atribuídos nos serviços de saúde. Serão necessários, porém, novos estudos e intervenções que visem contribuir para este fim, onde novas hipóteses serão levantadas e testadas em campo.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXOPOULOS, G. S. et al. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. **Biological Psychiatry**, v.52, n. 6, p. 543-58, Set, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 171, p. 524-9, ago, 1997.

ANDERSON, I. M.; NUTT, D. J.; DEAKIN, J. F. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology. **Journal Psychopharmacology** , v. 14, n. 1, p. 3-20, jan, 2000.

BERTO, P.; D'ILARIO, D.; RUFFO, P. et al. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. **Journal of Mental Health Policy and Economics**, v.3, n. 1, p. 3-10, mar, 2000.

BLANCHETTE, C. M. et al. Depression Following Thrombotic Cardiovascular Events in Elderly Medicare Beneficiaries: Risk of Morbidity and Mortality. **Cardiology Research and Practice**, v. 2009, p. 1-8, set, 2009.

BLAZER, D. G. et al. Marked differences in antidepressant use by race in an elderly community sample: 1986–1996. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, p.1089–1094, jul, 2000.

BLAZER, D. G. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1995. p. 1079-88

BOTEGA, N. J. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian

hospital. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.30, n.3, p. 127-31, jul, 1995.

BUSH, D. E; ZIEGELSTEIN, R. C; TAYBACK, M. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology**, v. 88, n. 4, p. 337-341, ago, 2001.

CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J; RUSSO, J. E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Archives of Internal Medicine**, v.160, n. 21, p. 3278–3285, nov,2000.

COLE, D. P.; THASE, M. E.; MALLINGER, A. G. Slower Treatment Response in Bipolar Depression Predicted by Lower Pretreatment Thyroid Function. **American Journal Psychiatry**, v. 159, p. 116-21, jan, 2002.

DAVIDSON, J. R.; MELTZER-BRODY, S. E. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? **Journal Clinical Psychiatry**, v. 60, n. 7, p. 4-11, 1999.

DE GROOT, M. et al. Association of depression and diabetes complications: a metaanalysis. **Psychosomatic Medicine**, v. 63, p.619 –30, set , 2001.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 14, p. 2001-2007, juj, 2000.

DOBSCHA, S. K. et al. Use of videoconferencing for depression research: enrollment, retention, and patient satisfaction. **Telemedicine Journal & Health**, v. 11, n. 1, p. 84-89, mar, 2005.

EGEDE, L. E.; ZHENG, D.; SIMPSON, K. Co-morbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. **Diabetes Care**, v. 25, n. 3, p. 464–470, mar, 2002.

EVANS, D. L. et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. **Biological Psychiatry**, v. 58, n. 3, p.175-89, ago, 2005.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, supl. 1, p.7-17, mar, 2009.

FLECK, M. P. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 31-8, ago, 2002.

FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não psiquiátrico. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB, organizadores. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-10

FRAGUAS, R. A.; FERRAZ, T.C. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 225-30, set, 1992.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? **Health Psychology**, v. 14, n. 5, p. 388 –398, 1995.

GOLDBERG, D. et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. **British Medical Journal**, v. 297, n. 6653, p. 897-899, out, 1988.

GOLDBERT, R. J.; STEURY, S. Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. **Psychiatric Services**, v. 52, p. 1639–1643, dez, 2001.

GREDEN, J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. **Journal of Clinical Psychiatry** , v. 62, supl. 22, p. 5-9, 2001.

GREENBERG, P.; STIGLIN, L.; FINKELSTEIN, S. The economic burden of depression in 1990. **Journal of Clinical Psychiatry**,v. 54, n. 11, p. 405- 418, nov, 1993.

HIRSCHFELD, R. M. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. **JAMA**, v. 277, n. 4, p. 333–340, jan, 1997.

HODGES, B; INCH, C; SILVER, I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: a review. **American Journal of Psychiatry** , v. 158, p.1579–1586, out, 2001.

JOHNSON, J.; WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA** , v. 267, n. 11, p. 1478-83, 1992.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003

KATON W, CHIECHANOWSKI P. Impact of major depression on chronic medical illness. **Psychosomatic Medicine**, v. 53, p. 859–63, jan, 2002.

KATON, W. J.; SULLIVAN, M. D. Depression and chronic medical illness. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51, supl. 6, p. 3- 11, 1990.

KATON, W.; SULLIVAN, M.D. Depression and chronic medical illness. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51,p. 3- 14, jun, 1990.

KESSLER, R. C. et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, v. 289, n.23, p.3095-105, jun, 2003.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Archives General Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 8-19, 1994.

KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M. Increasing rates of depression. **JAMA**, v. 261, n. 15, p. 2229–2235, abr, 1989.

KRISHNAN, K. R; DELONG, M; KRAEMER, H. et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. **Biological Psychiatry**, v. 52, n. 6, p. 559–588, 2002.

LESPERANCE, F. et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. **Circulation**, v. 105, p.1049 –53, fev, 2002.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 1-5, jan,1999.

LOPEZ, A. D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet**, v. 367, n. 9524, p. 1747–1757, 2006.

MACHADO, S. C. E. tese “Depressão em Hospital Geral: Avaliação do Desempenho de Escalas de Rastreamento e Desenvolvimento de Instrumento para Uso na Rotina Assistencial”. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003

MACHADO, S. C. E. et al. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 209-14, ago, 2003.

MACHADO, S. C. E. et al. Depressão em hospital geral: dados preliminares. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 10, n. 3, p. 57-62, 1988.

MATTOS, P. (2003). Impacto social e econômico da depressão. In D. H. Moreno, M. Bernick, P. Mattos, & T. A. Cordas. **Recuperação em depressão** (pp. 29-40). São Paulo, SP: Livre.

MCQUAID, J. R. et al. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 55, n. 1, p. 1-10, set, 1999.

MICHAUD, C. et al. Burden of Disease—Implications for Future Research. **JAMA**, v. 285, n. 5, p. 535-539, fev, 2001.

MORIMOTO, A. S.; OLIVEIRA, A. P.; KRODA, C. K. Diagnóstico de depressão em hospital geral através do manual de diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais-quarta edição (DSM-IV). *Revista Médica do Paraná*, v. 56, n. 2, p.23-30, jul- dez, 1998.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 349, p.1269 -1276, mai, 1997.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health/ WHO/ World Bank; 1995

ORMEL, J. et al. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. **American Journal Public Health**, v. 83, n. 3, p.385-90, mar, 1993.

PATTEN, S. B. Long-term medical conditions and major depression in a canadian population study at waves 1 and 2. **Journal of Affective Disorders**, v.63, n. 1, p. 35-41, mar, 2001.

PIRRAGLIA, P. A.; ROSEN, A. B.; HERMANN, R. C. Cost-utility analysis studies of depression management: a systematic review. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, p. 2155–2162, dez, 2004.

RABIN, E. et al. Quality of life predictors in breast cancer women. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 1, p. 53-7, fev, 2008.

RAISON, C. L.; MILLER, A. H. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. **American Journal Psychiatry**, v. 160, n. 9, p. 1554-65, set, 2003.

RONALDS, C. et al. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. **The British Journal Psychiatry**, v. 171, p. 427-33, nov, 1997.

RUDISCH, B.; NEMEROFF, C. B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. **Biological Psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 227– 240, ago, 2003.

RUMSFELD, J. S; HO, P. M. Depression and cardiovascular disease: a call for recognition. **Circulation**, v. 111, n. 3, p.250-253, 2005.

SCHEIN, R. L.; KOENIG, H. G. The center for epidemiological studies depression (CES-D) scale: assessment of depression in the medically ill elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry** v. 12, n. 4, p. 436–46, abr, 1997.

SCLAR, D. A.; SKAER, T. L.; ROBINSON, L, M. et al. Economic appraisal of antidepressant pharmacotherapy: critical review of the literature and future directions. **Depression and Anxiety**, v. 8, supl, 1, p. 121-127, dez, 1998.

SIMON, G; ORMELL, J.; VONKORFF, M.; BARLOW, W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. **American Journal of Psychiatry**, v. 152, n. 3, p. 352-357, mar, 1995.

SIMON, G. E. et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **British Medical Journal**, v. 320, n. 26, p. 550–554, fev, 2000.

SIMON, G.; KATON, W.; VON KORFF, M. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. **American Journal Psychiatry**, v. 158, p. 1638 – 1644, out, 2001.

SIMON, G.; VON KORFF, M.; LUDMAN, E. (2002) Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. **Medical Care**, v. 40, n. 10, p. 941-950, out, 2002.

SPITZER, R. L. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. **JAMA**, v. 272, n. 22, p.1749-56, dez, 1994.

THORPE, L. et al. CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: VI: special populations. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 46, supl, 1, p. 63-76, 2001.

TYLEE, A. et al. How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? **The British Journal of General Practice**, v. 45, n. 400, p. 575-8, nov, 1995.

WANCATA, J. et al. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? **General Hospital Psychiatry**, v. 23, n. 1, p.8–14, jan, 2001.

WANG, P. S.; SIMON, G. E.; AVORN, J. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 298, n. 12, p. 1401-1411, set, 2007.

WEISSMAN, M. M. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **JAMA**, v. 276, n. 4, p. 293-9, jun, 1996.

WELLISCH, D. K. et al. Predicting major depression in brain tumors. **Psycho-oncology**, v.11, n. 3, p. 230-238, mai, 2002.

WELLS, K. B. et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. **JAMA**, v. 262, n. 7, p. 914-919, jun, 1989.

WHOOLEY, M. A. et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. **JAMA**, v. 300, n. 20, p. 2379–238, nov, 2008.

WILLIAMS, J. B. et al. Primary care patients in psychiatric clinical trials: a pilot study using videoconferencing. **Annals of General Psychiatry**, v. 6, n.1 , p. 6-24, 2007.

ZHANG, M. et al. A community study of depression treatment and employment earnings. **Psychiatric Services**, v. 50, p. 1209-13, set, 1999.

9. ANEXOS

9.1 Aprovações no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP- HCPA)

9.2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

9.3 Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG)

9.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

9.5 Formulário de Uso de Serviços de Saúde

9.6 WHOQOL- ABREVIADO



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 06-153

Versão do Projeto: 19/05/2006

Versão do TCLE: 07/06/2006

Pesquisadores:

MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK

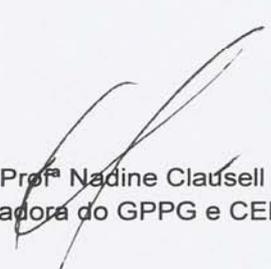
LICIANE DA SILVA COSTA

SERGIO CARLOS PINTO MACHADO

Título: RASTREAMENTO E IMPACTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES
AMBULATORIAIS DE UM HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMENTO DE 1 ANO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 07 de junho de 2006.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 07-132

Versão do Projeto: 15/03/2007

Versão do TCLE: 15/03/2007

Pesquisadores:

MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK

LICIANE DA SILVA COSTA

SERGIO CARLOS EDUARDO PINTO MACHADO

JOSE ROBERTO GOLDIM

Título: APLICABILIDADE DAS ESCALAS EDHG, BDI E WHOQOL- BREF UTILIZADAS PRESENCIALMENTE E VIA TELEFONE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 03 de abril de 2007.


Prof.ª Nadine Clausell

Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado novamente a participar do estudo sobre depressão, respondendo aos questionários EDHG (Escala de Depressão em Hospital Geral), composta de seis (6) perguntas e BDI (Inventário de Depressão de Beck), composta de vinte e uma (21) perguntas. Esta pesquisa tem como objetivo realizar um rastreamento de depressão em usuários do serviço de ambulatório clínico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, analisando o desenvolvimento do tratamento clínico dos participantes no ambulatório, bem como uma nova avaliação de resultados das escalas empregadas neste estudo. Seus dados novamente serão mantidos em sigilo. Caso você não queira mais participar do estudo não haverá nenhum prejuízo em seu tratamento clínico nesta instituição. Havendo algum indício de sintomas depressivos, o profissional clínico assistente responsável por seu tratamento no ambulatório clínico será informado, podendo lhe orientar sobre possíveis encaminhamentos a serviços de saúde mental via SUS, não necessariamente no HCPA.

Eu,, fui informado sobre os objetivos, justificativa e utilização dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, de forma detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção. Estou ciente que poderei solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo e terei a segurança de que não serei identificado, mantendo em sigilo todas as informações por mim fornecidas, disponibilizadas somente para fins de pesquisa e em caráter confidencial. Terei a liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em meu tratamento.

A pesquisadora deste trabalho será Liciane da Silva Costa (051 92440958), tendo como pesquisador responsável e orientador o Prof^o Dr. Marcelo Fleck (21018413) e co-orientador o prof^o Sérgio Machado. Este documento será revisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em

Porto Alegre,/...../.....

Assinatura e telefone do Voluntário:

Assinatura do Pesquisador:.....

Obs: Documento em duas (2) vias.

G P P G - Recebido

07 JUN. 2006

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo sobre duas diferentes formas de aplicação de questionários em Psiquiatria e Saúde Mental : pessoalmente e via telefone. Esta pesquisa contém 3 diferentes escalas: Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG), composta de seis (6) perguntas, Inventário de Depressão de Beck (BDI), composta de vinte e uma (21) perguntas, WHOQOL- bref (avaliação de Qualidade de Vida), composta de vinte e seis (26) perguntas, além de questões sobre Usos de Serviços de Saúde utilizados por você nesta instituição de saúde e em outras que você utilize.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a aplicabilidade e padrão de respostas destes questionários quando você responde às perguntas pessoalmente ou quando as responde pelo telefone. Além disso, também estaremos rastreando sintomas de depressão, avaliando sua qualidade de vida e analisando o desenvolvimento do seu tratamento clínico na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, em Porto Alegre.

Você será aleatoriamente escolhido (ao acaso) para se enquadrar em um dos diferentes tipos de entrevistas. Você será entrevistado (telefone ou pessoalmente) e, após uma semana (7 dias), responderá novamente aos mesmos questionários, podendo ser, de novo, via telefone ou pessoalmente. Em nosso primeiro encontro será explicado todos os passos desta pesquisa e informadas como serão realizadas as suas duas (2) entrevistas.

Seus dados serão mantidos em sigilo. Caso você não queira mais participar do estudo não haverá nenhum prejuízo em seu tratamento clínico nesta instituição. Havendo algum indício de sintomas depressivos, o profissional clínico assistente responsável por seu tratamento na UBS Santa Cecília será informado, podendo lhe orientar sobre possíveis encaminhamentos a serviços de saúde mental via SUS, não necessariamente no HCPA.

Eu,, fui informado sobre os objetivos, justificativa e utilização dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, de forma detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção. Estou ciente que poderei solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo e terei a segurança de que não serei identificado, mantendo em sigilo todas as informações por mim fornecidas, disponibilizadas somente para fins de pesquisa e em caráter confidencial. Terei a liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em meu tratamento.

A pesquisadora deste trabalho será Liciane da Silva Costa (051 92440958), tendo como pesquisador responsável e orientador o Prof^o Dr. Marcelo Fleck (21018413). Este documento será revisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em

Porto Alegre,/...../.....

Assinatura e telefone do Voluntário:

Assinatura do Pesquisador:.....

Obs: Documento em duas (2) vias

G P P G - Recebido

15 MAR. 2007

APÊNDICE B – Escala de Depressão em Hospital Geral

Nome:..... Telefone Contato:.....
 N° Prontuário HCPA:.....
 Sexo:..... Idade:.....
 Diagnóstico clínico:.....
 Motivo da Consulta:

Escala de Depressão em Hospital Geral (EDHG)

- 1- Eu me sinto alegre: 3() Nunca
 2() Poucas vezes
 1() Muitas vezes
 0() A maior parte do tempo
- 2- 0() Não me sinto um fracasso
 1() Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
 2() Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
 3() Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
- 3- 0() Não acho que esteja sendo punido
 1() Acho que posso ser punido
 2() Creio que vou ser punido
 3() Acho que estou sendo punido
- 4- 0() Não me sinto decepcionado comigo mesmo
 1() Estou decepcionado comigo mesmo
 2() Estou enojado de mim
 3() Eu me odeio
- 5- 0() Não tenho qualquer idéia de me matar
 1() Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
 2() Gostaria de me matar
 3() Eu me mataria se tivesse oportunidade
- 6- 0() Não fico mais cansado do que o habitual
 1() Fico cansado mais facilmente do que costumava
 2() Fico cansado em fazer qualquer coisa
 3() Estou cansado demais para fazer qualquer coisa



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em torno de uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- 1** ⁰ Não me sinto triste.
¹ Eu me sinto triste.
² Estou sempre triste e não consigo sair disto.
³ Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- 2** ⁰ Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
¹ Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
² Acho que nada tenho a esperar.
³ Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

- 3** ⁰ Não me sinto um fracasso.
¹ Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
² Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
³ Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

- 4** ⁰ Tenho tanto prazer em tudo como antes.
¹ Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
² Não encontro um prazer real em mais nada.
³ Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

- 5** ⁰ Não me sinto especialmente culpado.
¹ Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
² Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
³ Eu me sinto sempre culpado.

- 6** ⁰ Não acho que esteja sendo punido.
¹ Acho que posso ser punido.
² Creio que vou ser punido.
³ Acho que estou sendo punido.

- 7** ⁰ Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
¹ Estou decepcionado comigo mesmo.
² Estou enojado de mim.
³ Eu me odeio.

- 8** ⁰ Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
¹ Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
² Eu me culpo sempre por minhas falhas.
³ Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9** ⁰ Não tenho quaisquer idéias de me matar.
¹ Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
² Gostaria de me matar.
³ Eu me mataria se tivesse oportunidade.

- 10** ⁰ Não choro mais que o habitual.
¹ Choro mais agora do que costumava.
² Agora, choro o tempo todo.
³ Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

- 11** ⁰ Não sou mais irritado agora do que já fui.
¹ Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
² Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
³ Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

- 12** ⁰ Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
¹ Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
² Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
³ Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

- 13** ⁰ Tomo decisões tão bem quanto antes.
¹ Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
² Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes.
³ Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

- 4⁰ Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
 3 Acredito que pareço feio.
- 5⁰ Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 6⁰ Consigo dormir tão bem como o habitual.
 1 Não durmo tão bem como costumava.
 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 7⁰ Não fico mais cansado do que o habitual.
 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 8⁰ O meu apetite não está pior do que o habitual.
 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 2 Meu apetite é muito pior agora.
 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 19⁰ Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
 2 Perdi mais do que 5 quilos.
 3 Perdi mais do que 7 quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
- 20⁰ Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21⁰ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
 2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Uso de Serviços de Saúde

Agora vou perguntar sobre suas consultas em posto de saúde e em ambulatório durante o último ano (maio a julho de 2005 e maio a julho 2006 (inclusive a que tiver tido hoje)

1. Médico do posto de saúde	0 1	Nº de consultas	
2. Outros profissionais de saúde (como enfermeiro, assistente social, agente de saúde ou terapeuta ocupacional)	0 1	Nº de consultas	
3. Psiquiatra	0 1	Nº de consultas	
4. Psicólogo	0 1	Nº de consultas	
5. Outros profissionais de saúde mental	0 1	Nº de consultas	
6. Outros médicos especialistas ou dentista	0 1	Nº de consultas	
7. Terapias alternativas (como, homeopatia, terapia floral)	0 1	Nº de consultas	
8. Outros (serviços diagnósticos) <i>especifique</i>	0 1	Nº de consultas	

A seguir perguntarei sobre os serviços diários ou atividades de tratamento diárias que tiver usado no último ano:

Durante o último ano, você usou algum dos seguintes serviços?	(Circule) Não Sim	Quantas vezes usou esses serviços durante o último ano?	Em média, quanto tempo usou cada um desses serviços?
9. Hospital-dia para tratamento de <u>saúde física</u> (como diálise ou AIDS)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
10. Hospital-dia para tratamento de <u>saúde mental</u> (por exemplo, terapia ocupacional ou terapia de grupo, CAPS)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
11. Tratamento de <u>saúde mental</u> diário em programa de base comunitária (por exemplo., grupos de apoio e programas religiosos, Alcoólicos Anônimos)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas
12. Outros (como Centro Vida, ou outros grupos de apoio)	0 1	Nº de vezes	Nº de horas

Na parte seguinte, vou perguntar sobre suas internações em hospital.

Durante o último ano, você usou algum dos seguintes tipos de serviço de internação?	(Circule)	Quantas vezes foi internado no último ano?	Ao todo, quanto tempo passou nesse tipo de clínica?
---	-----------	--	---

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

	Não	Sim		
13. Enfermaria de hospital psiquiátrico	0	1	Nº de internações	Nº de dias
14. Enfermaria psiquiátrica de hospital geral	0	1	Nº de internações	Nº de dias
15. Enfermaria médica de hospital geral	0	1	Nº de internações	Nº de dias
16. Enfermaria de emergência de clínica psiquiátrica	0	1	Nº de internações	Nº de dias
17. Enfermaria de emergência de clínica geral	0	1	Nº de internações	Nº de dias
18. Outros (como Hospital de Pronto Socorro, Clínicas psiquiátricas privadas) <i>especifique</i>	0	1	Nº de internações	Nº de dias

Em relação ao seu tratamento psiquiátrico /psicológico /para os nervos:

19. Você está fazendo algum tratamento psiquiátrico / saúde mental **atualmente?** 1- Sim 2- Não
- Se sim, onde?
- Qual profissional? 1- SUS 2- Particular 3- comunitário
20. Como você conseguiu este tratamento? 1- indicação de seu médico/ outro profissional
2- Você mesmo procurou
3- Indicação de amigos/ comunidade
4- Outros
21. Qual a frequência que você vai a este atendimento de saúde mental: 1- semanalmente (especificar o nº de vezes por semana)
- 2- quinzenalmente
3- mensalmente
4- outros (especifique)
22. Você está fazendo uso regular de alguma medicação Psiquiátrica? 1- Sim 2- Não
- Se está fazendo, cite quais:
23. Você está seguindo corretamente seu tratamento psiquiátrico /psicológico? 1- Sim 2- Não
24. Você tem condições de pagar o que lhe é cobrado pelo tratamento /remédios psiquiátricos? 1-Sim 2- Não
25. Como você se está sentindo-se psicologicamente neste período de 1 ano? 1- pior 2- melhor 3- igual
26. O lugar onde você tem que ir para se tratar psiquiatricamente é muito distante ou difícil de chegar? 1- Sim 2- Não

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO