

COMO MÉDICOS INTENSIVISTAS ABORDAM PACIENTES COM SUSPEITA DE DEPRESSÃO?

HOW DO INTENSIVE CARE DOCTORS APPROACH PATIENTS WHO MAY BE DEPRESSED?

1. INTRODUÇÃO

Com os avanços na medicina, mais pacientes sobrevivem às Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Com isso, estudos passaram a avaliar as consequências psicossociais e psiquiátricas em sobreviventes de UTI, como ansiedade, estresse pós-traumático, impacto na qualidade de vida e depressão.^{1,2} Transtornos depressivos são condições médicas sérias, potencialmente fatais e de elevada prevalência. As ausências de diagnóstico e tratamento adequados causam sofrimento importante, o que pode gerar incapacidade para o trabalho, vida social e familiar.³ O custo do transtorno foi estimado em \$59 bilhões em 2006, incluindo cuidados diretos com o paciente, tempo perdido de trabalho e perda potencial devido a suicídio.⁴ A prevalência de depressão após alta de cuidados intensivos varia de 10-30%.⁵ Um estudo de coorte acompanhou 3596 pacientes com diabetes e concluiu que pacientes admitidos na UTI tiveram duas vezes mais chances de apresentar depressão do que os que não foram internados na UTI no período avaliado.⁶

Casos não diagnosticados ou incorretamente conduzidos tendem a uma pior evolução.⁷ Na UTI, a avaliação dos sintomas depressivos é dificultada pela superposição dos sintomas da patologia clínica (fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação), bem como condições associadas à internação.⁸ Estudos recentes sugerem que a prevenção e tratamento da depressão realizados de forma adequada podem melhorar o prognóstico das doenças orgânicas associadas, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, quadros comuns na UTI.⁸ Não foram encontrados estudos cujo enfoque foi a identificação precoce e tratamento da depressão em pacientes sob cuidados intensivos.

O objetivo deste estudo é investigar como médicos intensivistas abordam pacientes com suspeita de depressão.

2. MÉTODOS

2.1. *Sujeitos da Amostra*

Este é um estudo transversal que contou com a participação voluntária de 58 médicos intensivistas presentes no II Congresso de Medicina Intensiva Neurológica (II COMIN) no mês de Agosto de 2013 na cidade de São Paulo. Apenas médicos que trabalham em UTI adulto foram entrevistados. Eles foram aleatoriamente abordados nos intervalos do congresso e convidados a participar do estudo. Para a pesquisa, foi utilizado um questionário elaborado pelos autores e baseado em estudos na literatura acerca de temas relacionados. As entrevistas duraram em média 10 minutos e as principais perguntas se referiram ao tempo de formado em medicina, tempo de serviço em UTI, aptidão para reconhecer e tratar depressão e a opinião sobre o aprendizado do tema na faculdade de medicina.

2.2. *Aspectos éticos*

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina sob número de parecer 317.093. A diretoria do II COMIN aprovou a coleta de dados durante o evento.

2.3. *Análise estatística*

Foram realizados os testes exato de Fisher para variáveis não contínuas e o teste t de Student para variáveis contínuas. Quando necessário, os valores foram apresentados em números absolutos seguidos de seu desvio padrão. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significante.

3. RESULTADOS

Um total de 58 médicos (67% homens) concordou em

fazer parte deste estudo. Seis médicos recusaram por tempo limitado nos intervalos do congresso. O perfil da amostra, em média seguida dos respectivos desvios padrão da amostra foi: idade média de 38,9 (± 10) anos, formados em medicina há 14 (± 10) anos e trabalhavam em UTI há 9,7 (± 8) anos.

A tabela 1 apresenta a análise das respostas mais frequentes ao questionário. No que diz respeito à aptidão para reconhecer depressão, 87,9% consideravam-se aptos, porém 86,2% admitiram que a informação recebida durante a faculdade de medicina foi insuficiente para diagnosticar e conduzir o paciente com este transtorno. Os mais velhos e formados há mais tempo consideravam-se mais aptos a reconhecer depressão ($p=0,039$ e $p=0,037$).

4. DISCUSSÃO

4.1. A condução da depressão em pacientes críticos

Neste estudo, a maioria dos médicos intensivistas entrevistados consideravam-se aptos a reconhecer depressão, contudo admitiram que as informações recebidas durante a faculdade de medicina não foram suficientes para reconhecer e tratar adequadamente a depressão. Além disso, o reconhecimento da depressão foi associado ao tempo de exercício em medicina, o que sugere que a experiência adquirida na prática deu-lhes as informações necessárias.

Valentini e cols, 2004,⁹ realizaram um estudo com 17 clínicos em centros de saúde, onde 88% deles admitiram que as informações recebidas na faculdade de medicina não os prepararam bem para fazer o diagnóstico de depressão e nenhum médico afirmou ter o conhecimento necessário para tratar desse transtorno. Levando em conta que em nosso estudo os entrevistados referiram não ter tido a formação adequada, mas sentiam-se aptos a reconhecer o transtorno, podemos supor que a experiência adquirida na prática deu-lhes as informações necessárias, uma vez que o reconhecimento da depressão foi associado ao tempo de exercício em medicina.

As taxas de interconsulta para psiquiatria e psicologia foram semelhantes, o que pode sugerir que os clínicos atribuem a mesma importância a ambos profissionais na avaliação e abordagem da depressão. No entanto, apenas 19% solicitavam interconsultas simultaneamente para ambos, o que sugere escassez de interdisciplinaridade (tabela 1).

O fato de apenas quatro médicos terem relatado o uso de escalas chama atenção para a possibilidade de desenvolver um instrumento padronizado para identificar depressão em pacientes críticos. O uso de escalas em casos de delirium tem sido cada vez mais comum e tem auxiliado médicos intensivistas.¹⁰

4.2. Conclusão

O presente estudo sugere que os médicos intensivistas consideram o diagnóstico de depressão na avaliação dos pacientes em UTI, mas suas habilidades nesta área desenvolvem-se com os anos de formado. Estudos futuros devem investigar a acurácia dos diagnósticos de depressão em UTI e possivelmente desenvolver escalas que auxiliem os intensivistas a identificarem depressão.

Todos os médicos entrevistados foram abordados nos intervalos de um congresso de medicina intensiva neurológica. Esta amostra apresenta um viés de seleção já que os médicos que frequentam congressos não necessariamente refletem a população em questão.

A maior parte dos estudos nesta área avalia fatores de risco e depressão após a internação. Estudos futuros devem também avaliar o transtorno depressivo no paciente internado em ambiente intensivo.

5. AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer aos doutores Jairo Kagan e Thais Leibel Santana Santos pelo auxílio na decisão do tema do projeto; ao doutor Salomon Soriano Ordinola Rojas por permitir nosso acesso ao II COMIN e aos médicos participantes.

Correspondência:

Simão Kagan.

Faculdade de Medicina Universidade de Mogi das Cruzes (FMUMC)

*Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida e Souza, 200
08780-911 - Mogi das Cruzes, SP, Brasil.*

E-mail: simaokagan@gmail.com

Conflito de Interesse e Fonte de Financiamento Inexistentes.

Tabela 1. Conduta de uma amostra de médicos intensivistas frente à depressão.

Variáveis	Frequência (%)
Trabalham em hospital particular	65,4
Trabalham em hospital público	70,6
Solicitam interconsulta e utilizam medicação antidepressiva	67,1
Utilizam medicação antidepressiva	70,6
Solicitam interconsulta para psiquiatria	55,1
Solicitam interconsulta para psicologia	46,4
Solicitam interconsulta para ambos	19,0

Referências

¹.Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2009; 35:796-809.

².Ratray JE, Hull AM. Emotional outcome after intensive care: literature review. *J Adv Nurs.* 2008, 64: 2-13

³.Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. *Clínica Psiquiátrica: A visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.* Ed Manole, 2011. Barueri, São Paulo.

⁴.Schwenk TL, Terrell LB, Harrison RV, Tremper AL, Valenstein MA. *UMHS Depression Guideline*, 2011.

⁵.Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care.* 2010; 14:R14

⁶.Davidow DS, Hough CL, Russo JE, Korff MV, Ludman E, Lin EHB et al. The association between intensive care unit admission and subsequent depression in patients with diabetes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012, 27: 22-30

⁷.Desai S, Law T, Bienvenu J, Needham D. Psychiatric long-term complications of intensive care unit survivors. *Crit Care Med.* 2011, 39: 2790.

⁸.Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev de Psiq Clín.* 2005; 32; 149-59.

⁹.Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AA, Mello MF et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saude Publica.* 2004; 38:522-8.

¹⁰.Hsieh SJ, Ely EW, Gong MN. Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? Lessons learned and future directions. 2013, 10: 648-56