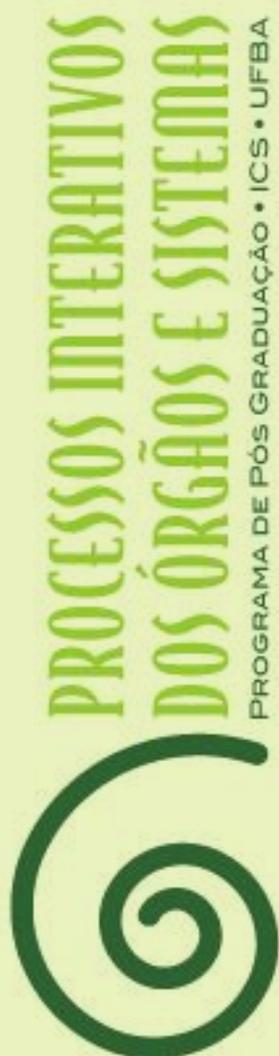


Ricardo Henrique de Sousa Araújo



Adaptação transcultural da Grid Hamilton Rating Scale for Depression (grid-hamd) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores

Salvador, 2011

RICARDO HENRIQUE DE SOUSA ARAÚJO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA GRID HAMILTON RATING
SCALE FOR DEPRESSION (GRID-HAMD) PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UM TREINAMENTO
SOBRE A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador
2011

A658a Araújo, Ricardo Henrique de Sousa
Adaptação transcultural da GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores / Ricardo Henrique de Sousa Araújo – Salvador, 2011.

140 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira
Dissertação (Mestrado) – Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2011.

1. Depressão mental. 2. Escalas de graduação psiquiátrica. 3. Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAMD). 4. Comparação transcultural – tradução. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde II. Oliveira, Irismar Reis de. III. Título

CDD 616

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos seis dias do mês de dezembro de dois mil e onze, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a Defesa Pública da Dissertação do Pós-graduando **Ricardo Henrique de Sousa Araújo**, através da Comissão Julgadora composta pelos Professores **Irismar Reis de Oliveira**, **Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa** e **Mario Francisco Juruena**. O título da Dissertação apresentado foi **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA GRID-HAMD PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UM TREINAMENTO NA CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES**. Ao final dos trabalhos os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

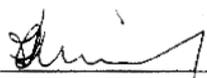
Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira APROVADO

Profa. Dra. Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa APROVADO

Prof. Dr. Mario Francisco Juruena APROVADO

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, 06 de dezembro de 2011

Prof. Dr. 

Profa. Dra. 

Prof. Dr. 

Dedico este trabalho aos meus pais, pela confiança e pelo suporte em todos os momentos da minha trajetória de vida, e aos pacientes, que, emprestando sua história, possibilitam-nos engrandecimento científico, experiência de vida e nos provam que o ser humano é surpreendente com sua capacidade inesgotável de autossuperação.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, pelo ânimo dado em todas as etapas deste curso de mestrado, notadamente aos meus pais (Etiênio e Socorro), minha irmã Raquel, minha sobrinha Sofia e minhas primas Fabíola e Wilza.

Ao Dr. Irismar Reis de Oliveira, meu orientador, por seus experientes ensinamentos e por ter confiado em meu trabalho, mantendo sempre sua cordialidade característica.

À Dra. Flávia de Lima Osório, por sua fineza e por estar sempre de prontidão para transmitir seus amplos conhecimentos.

A todos os pacientes do Hospital Dia Karl Jaspers, por terem se disponibilizado a fornecer as entrevistas e, mais ainda, por terem me ensinado o quanto o afeto e a ternura são agentes transformadores no tratamento e na relação médico-paciente.

Ao Prof. Roberto Paulo, por conduzir este Programa de Pós-Graduação com tanto zelo e propiciar uma vivência acadêmica tão primorosa.

Aos meus queridos colegas de turma dos Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, os quais tornaram amenos mesmo os momentos mais estressantes do curso. Obrigado, pessoal, pela amizade, pela união e pela ajuda em todos os momentos!

Aos demais colaboradores desta pesquisa: Dra. Mônica Ribeiro, Dra. Janet Williams, Dr. Ivandro Monteiro, Dr. Amir Kalali e Dr. José Alexandre Crippa, por terem sido tão preciosos no auxílio em várias etapas deste trabalho.

À Dra. Kátia Petribú e ao Dr. Marco Souza Leão por terem sido tão prestimosos e gentis durante o processo de organização do treinamento em Recife.

Ao Prof. Eduardo Pondé, pelo incentivo, alto-astrol e agradável presença em tantas etapas deste trabalho e curso de mestrado. À Profa. Gabriela Martins, pelo estímulo e amizade.

A Joice Andrade, Ueliton Pereira, Patrícia Lemos, Esdras Cabus, Wagner Ramos, Hugo Couto e a todos os meus amigos de Salvador, João Pessoa ou outras cidades, os quais contribuíram diretamente em alguma etapa deste trabalho ou estiveram ao menos transmitindo boas energias e suportando as minhas ausências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos participantes dos cursos de treinamento GRID-HAMD, realizados nas cidades de Ribeirão Preto, Salvador e Recife.

À Dra. Angela Scippa, Dr. Lucas Quarantini, Dr. Mário Juruena e Dr. Carlos Tadeu Lima, por terem se disponibilizado a participar da minha arguição sobre esta dissertação.

À Profa. Nidia Lubisco, pela revisão dos aspectos da língua portuguesa e de normatização, e a Linda Soules, pela revisão da língua inglesa. A ambas, pela agradável simpatia.

"Quem sonha de dia tem consciência de muitas coisas que escapam a quem sonha só de noite."

Edgar Allan Poe

ARAÚJO, Ricardo Henrique de Sousa. **Adaptação transcultural da GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores.** 140 f. il. 2011. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Esta pesquisa trata da depressão, transtorno mental com taxas de prevalência elevadas na população. Atualmente, vem sendo bastante estudada, havendo um melhor entendimento sobre os diversos aspectos que ela apresenta. A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), instrumento publicado em 1960, é considerada ainda o padrão-ouro para medir desfechos em ensaios clínicos que avaliam eficácia de tratamentos para depressão, apesar de ser alvo de críticas que vêm sendo publicadas na literatura, principalmente relacionadas à baixa confiabilidade interavaliadores do instrumento, ao sistema de pontuação e à falta de entrevista estruturada. A GRID-HAMD é um guia de entrevista semi-estruturada, desenvolvida para sobrepujar algumas falhas da HAM-D e está conquistando bons resultados em estudos conduzidos desde a sua publicação. Este instrumento ainda não está validado para o português brasileiro. Ante este quadro, foram definidos os seguintes **objetivos**: traduzir e fazer uma adaptação transcultural da GRID-HAMD para a língua portuguesa do Brasil; avaliar a confiabilidade interavaliadores deste instrumento e o impacto do treinamento sobre esta medida; verificar a opinião dos avaliadores acerca do instrumento. **Metodologia**: procedeu-se à tradução e adaptação transcultural realizada através de tradução, tradução reversa e revisão da tradução pelos autores da GRID-HAMD original; mensuração da confiabilidade interavaliadores pela medida do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), a partir de vídeos avaliados por 85 profissionais antes e após treinamento para a utilização deste instrumento. **Resultados**: o CCI se manteve entre 0,76 e 0,90 para a GRID-HAMD-21 e entre 0,72 e 0,91 para a GRID-HAMD-17. O treinamento não teve impacto sobre o CCI, exceto para alguns poucos grupos de participantes com menor nível de experiência. A maioria dos participantes considerou a GRID-HAMD um instrumento muito útil para fins de pesquisa, fácil de ser aplicado, com necessidade de tempo adequada para aplicação e com convenções melhores que a HAM-D e a Structured Interview Guide for the HAM-D (SIGH-D). **Conclusões**: A GRID-HAMD foi adequadamente traduzida e adaptada culturalmente para a língua portuguesa. A escala apresentou confiabilidade interavaliadores adequada, mesmo antes do treinamento. Este não teve impacto sobre esta medida para a amostra total e para os grupos, exceto para alguns poucos grupos com menor experiência. A GRID-HAMD recebeu boas opiniões da maioria dos participantes.

Palavras-chave: Depressão; Escalas de graduação psiquiátrica; Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAMD); Tradução; Comparação transcultural; Reprodutibilidade dos testes.

ARAÚJO, Ricardo Henrique de Sousa. **Transcultural adaptation of GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD) to Brazilian Portuguese and evaluation of the impact of training upon inter-rater reliability.** 140 pp., ill. 2011. Master's Dissertation – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ABSTRACT

This research deals with depression, a mental disorder with a high prevalence rate in the population. It has been studied a great deal lately and there has been a better understanding about the various aspects of this disease. The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), an instrument published in 1960, is still considered the golden standard for measuring outcomes in clinical trials that evaluate the efficiency of depression treatment, even though it has been the target of criticism being published in the literature, mainly with regard to the instrument's low inter-rater reliability, the point system and to the lack of a structured interview. GRID-HAMD is a semi-structured interview guide developed to overcome some flaws in HAMD, and has been accumulating good results in studies that have been conducted since its publication. This instrument has not yet been validated for Brazilian Portuguese. With this in mind, the following **objectives** were determined: to translate and carry out the trans-cultural adaptation of GRID-HAMD into the Brazilian Portuguese language, evaluate the inter-rater reliability of this instrument and the training impact upon this measure, as well as also verifying the raters' opinion of said instrument. **Methodology:** the translation and trans-cultural adaptation were conducted by way of translation, reverse translation and the translation review by the authors of the original GRID-HAMD. The measurement of inter-rater reliability was done by measuring the intraclass correlation coefficient (ICC), by way of videos that were evaluated by 85 professionals before and after training for the use of this instrument. **Results:** The ICC remained between 0.76 and 0.90 for GRID-HAMD-21, and between 0.72 and 0.91 for GRID-HAMD-17. The training did not have an impact on the ICC, except for a few groups of participants with a lower level of experience. Most of the participants considered GRID-HAMD to be a very useful instrument as a means for research, as well as being easy to be applied, having the amount of time needed be suitable for its application, and having better conventions than HAM-D and the Structured Interview Guide for the HAM-D (SIGH-D). **Conclusion:** GRID-HAMD was adequately translated and culturally adapted for the Portuguese language. The scale presented adequate inter-rater reliability even before training began. It did not have an impact on this measure for the total sample and for the groups, except for a few groups with less experience. GRID-HAMD received favorable opinions from most of the participants.

Keywords: Depression; Psychiatric status rating scales; GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD); Translation; Cross-cultural comparison; Reproducibility of results.

LISTA DE FIGURAS

Esquema 1	Etapas fundamentais do treinamento	43
Quadro 1	Exemplo do guia de entrevista semi-estruturada (item 3 – Suicídio)	29
Quadro 2	Exemplo da coluna de convenções (item 13 – Sintomas somáticos gerais)	30
Quadro 3	Categorias para o CCI e correlação com o grau de concordância	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pontuação independente e consensual para os vídeos 1, 2, 3 e 4	46
Tabela 2	Dados acadêmicos e de experiência dos avaliadores	48
Tabela 3	Detalhes da experiência no uso da HAMD	49
Tabela 4	Comparação do acordo pré e pós-treinamento da GRID-HAMD-21 entre os avaliadores (amostra total)	50
Tabela 5	Comparação do acordo pré e pós-treinamento da GRID-HAMD-17 entre os avaliadores (amostra total)	51
Tabela 6	Acordo comparativo entre os participantes que não tinham experiência e os que tinham experiência no uso da HAM-D	52
Tabela 7	Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 1 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica	53
Tabela 8	Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 2 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica	55
Tabela 9	Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 3 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica	57
Tabela 10	Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 4 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica	59
Tabela 11	Frequência de respostas da avaliação da GRID-HAMD pelos participantes	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGI-S	Clinical Global Impression-Severity
DPP	Depressão Pós-parto
DRSST	Depression Rating Scale Standardization Team
DSM-IV	Quarta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Texto Revisado da Quarta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GRID-HAMD	Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID Hamilton Rating Scale for Depression)
HAM-D	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression)
HHA	Hipotalâmico-hipófise-adrenal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
ISMAI	Instituto Superior da Maia
MCO	Maternidade Climério de Oliveira
NCS-R	National Comorbidity Survey Replication
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
SIGH-D	Structured Interview Guide for the Hamilton Rating Scale for Depression
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	DEPRESSÃO.....	17
2.2	USO DE ESCALAS NA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	21
2.3	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D).	23
2.4	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GRID DE HAMILTON (GRID-HAMD): O GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA A HAM-D.....	27
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4	METODOLOGIA	34
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	35
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	35
4.3	CENTROS DE PESQUISA ENVOLVIDOS.....	35
4.4	INSTRUMENTOS.....	36
4.5	PROCEDIMENTO.....	36
4.5.1	Tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD	36
4.5.2	Seleção dos participantes da pesquisa	37
4.5.3	Estudo-piloto	38
4.5.4	Produção dos vídeos	39
4.5.5	Descrição dos vídeos	39
4.5.6	Pontuação consensual dos vídeos	40
4.5.7	Amostra	40
4.5.8	Treinamento no instrumento GRID-HAMD e sua aplicação pelos participantes	41
4.5.9	Análise dos dados	43
4.5.10	Aspectos éticos	44
4.5.11	Atribuições	44

5	RESULTADOS	45
5.1	PONTUAÇÃO CONSENSUAL DOS VÍDEOS.....	46
5.2	DADOS ACADÊMICOS E EXPERIÊNCIA DOS AVALIADORES.....	47
5.3	AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS ANTES E DEPOIS DO TREINAMENTO.....	49
5.3.1	Amostra total	50
5.3.2	Amostra agrupada por experiência acadêmica e profissional	51
5.4	AVALIAÇÃO DA GRID-HAMD PELOS PARTICIPANTES.....	60
6	DISCUSSÃO	63
7	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Questionário sobre formação acadêmica e experiência profissional.....	79
	APÊNDICE B - GRID-HAMD traduzida para a língua portuguesa.....	80
	APÊNDICE C - Questionário de opinião sobre a GRID-HAMD.....	107
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
	ANEXO A - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....	111
	ANEXO B - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira.....	112
	ANEXO C - Autorização de Amir Kalali para a tradução da GRID-HAMD para a língua portuguesa.....	113
	ANEXO D - GRID-HAMD original em inglês.....	114

Os quadros depressivos têm sido, ao longo dos últimos anos, um tema bastante discutido entre médicos, pesquisadores e até mesmo pelo público em geral, haja vista estar frequentemente em evidência em diversas fontes de informação, inclusive naquelas dirigidas à população leiga. Atualmente, há uma determinação de critérios diagnósticos mais claros, tratamentos mais eficazes e melhor entendimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessa doença, alvo de imensa variedade de pesquisas que abordam seus diversos aspectos. As altas taxas de prevalência da depressão, na população em geral, e suas consequências deletérias para seus portadores demonstram a importância de se dirigir atenção e investimentos a pesquisas que avaliem a eficácia de intervenções terapêuticas para este transtorno.

Os ensaios clínicos têm sido o modelo para o estabelecimento de terapias seguras e eficazes para as doenças em geral, inclusive para a depressão. São estudos de grande impacto no desenvolvimento de diretrizes e recomendações de tratamento para a prática clínica dos profissionais de saúde, no atendimento à população. Para obter-se resultados consistentes a partir de ensaios clínicos, a utilização de instrumentos com medidas confiáveis e válidas é de extrema importância. A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) tem sido amplamente utilizada em estudos dessa natureza em todo o mundo, porém a literatura vem mostrando, ao longo dos anos, que há deficiências nesse instrumento, sendo uma das mais importantes a baixa confiabilidade interavaliadores, notadamente de itens individuais, em decorrência da falta de um modelo de entrevista e da dificuldade de padronização da pontuação. Essas imperfeições terminam por afastar a HAM-D do padrão ideal para o seu propósito e despertam a necessidade de elaboração de um instrumento capaz de sobrepujar as falhas detectadas.

A GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD) foi criada em 2003, exatamente com o intuito de conferir melhorias de aspectos da HAM-D que vinham sendo criticados na literatura. Contando com um sistema de pontuação que avalia independentemente intensidade e frequência para obter a pontuação de gravidade, com um manual de convenção de pontuação e com um guia de entrevista semi-estruturada, a GRID-HAMD vem conquistando dados nos meios científicos, os quais conferem boa credibilidade a esta escala e o respaldo de um instrumento que cada vez mais se consagra como uma excelente opção para a avaliação dos desfechos nos ensaios clínicos. Estudos recentes vêm sugerindo que a GRID-HAMD propicia uma maior concordância entre os resultados obtidos por diferentes avaliadores.

Este estudo se debruça sobre a tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD para o português brasileiro. Até o momento, esta escala estava disponível, de acordo com dados da literatura, apenas nas línguas inglesa (original) e japonesa. Pelas nossas pesquisas bibliográficas, participação em eventos relevantes, contato com renomados estudiosos em transtornos do humor e autores da escala original, este é o primeiro estudo que tem como objetivo a tradução e a adaptação transcultural da GRID-HAMD para a língua portuguesa.

Este estudo também avaliou a confiabilidade interavaliadores da GRID-HAMD traduzida para o português brasileiro, medida imprescindível para averiguar a sua qualidade para fins de pesquisa. Os estudos já vinham demonstrando que, em relação à confiabilidade interavaliadores, este instrumento, nas línguas inglesa e japonesa, é superior à HAM-D original e a outras adaptações desta escala, inclusive entre avaliadores inexperientes. A GRID-HAMD ainda tem tido boa aceitação por parte dos avaliadores, que a têm descrito frequentemente como um instrumento de fácil utilização.

Adaptar culturalmente a GRID-HAMD para a língua portuguesa permite o usufruto desse instrumento em pesquisas clínicas realizadas no Brasil. Avaliar a confiabilidade interavaliadores permite concluir que as taxas elevadas dessa medida, demonstrada nos estudos realizados com esta escala em outros idiomas, reproduzem-se na versão brasileira. Trazer novos dados para o mundo científico sobre a primazia da confiabilidade desse instrumento é importante, por se tratar ainda de uma ferramenta recente, com necessidade de reprodutibilidade dos resultados em diferentes idiomas e contextos culturais para, de fato, vir a confirmar ou refutar as impressões que vêm sendo a ela atribuídas na literatura.

Este capítulo discorre sobre questões conceituais e aspectos importantes da depressão, inclusive sobre as principais escalas utilizadas para mensurar os sintomas deste transtorno mental, com ênfase na HAM-D e GRID-HAMD.

2.1 DEPRESSÃO

Depressão é um termo que designa síndromes clínicas, que podem ocorrer em situações de alteração primária do humor (episódios depressivos, transtornos depressivos recorrentes, distímia e transtorno bipolar do humor) ou decorrentes de luto, doenças médicas gerais, efeitos colaterais de medicações, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ou outros transtornos psiquiátricos. (GALLUCCI NETO; CAMPOS JÚNIOR; HÜBNER, 2001; MORENO; MORENO, 2000)

Os transtornos depressivos são doenças mentais caracterizadas por um prejuízo na regulação do humor. (CHAPMAN; PERRY, 2008) A depressão maior é um transtorno psiquiátrico grave de alta prevalência na população, o qual resulta em prejuízos no funcionamento global do indivíduo (incluindo prejuízos físicos e sociais), maior risco de desenvolvimento de doenças físicas de alta mortalidade, altas taxas de suicídio e custos elevados (MIRANDA-SCIPPA et al., 2011; PAN et al., 2006; RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009), sendo o mais comum entre os transtornos de humor. (STAHL, 2009) Há uma sugestão de que, mesmo após a resolução de um episódio depressivo agudo, o comprometimento ocupacional e psicossocial ainda se mantém persistentemente. Também existem dados na literatura indicando que a qualidade de vida tende a ser pior quando avaliada entre pacientes com sintomas depressivos e/ou com prejuízos no funcionamento decorrentes dos referidos sintomas. Ademais, a satisfação de vida é inversamente proporcional à gravidade da depressão, entre pacientes com doença mental. (PAN et al., 2006)

Para o diagnóstico de um episódio depressivo maior, segundo o texto revisado da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), da American Psychiatric Association (APA), é necessária a presença, por um período mínimo de duas semanas, de pelo menos cinco dos seguintes critérios (1) humor deprimido e/ou (2) perda do interesse ou prazer, complementando-se por (3) perda ou ganho significativo de peso, sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias; (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; (8) capacidade diminuída de concentrar-se ou indecisão, quase

todos os dias; (9) pensamentos de morte recorrentes. Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou ainda em outras áreas importantes na vida do indivíduo. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) Apesar de não constarem nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, outras manifestações devem ser investigadas em quadros depressivos, como sintomas dolorosos, perda do interesse por sexo, sintomas somáticos relacionados a aparelhos específicos (respiratório, gastrintestinal, cardiovascular), sintomas ansiosos, hipocondríacos, obsessivo-compulsivos, entre outros. (HAMILTON, 1960)

De acordo com o estudo epidemiológico americano *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), a prevalência do transtorno depressivo maior ao longo da vida é estimada em 16,9% para a população geral, sendo 20,2% para o sexo feminino e 13,2% para o masculino. (HARVARD, 2005) Um estudo brasileiro realizado na cidade de São Paulo revelou que a depressão foi o segundo transtorno mental mais prevalente na população estudada, com taxas de 16,8% ao longo da vida, 7,1% no último ano e 4,5%, no último mês. (ANDRADE et al., 2002) O transtorno depressivo maior é atualmente a segunda maior causa de prejuízo global nos indivíduos entre 15 e 44 anos e, nas projeções para o ano 2020, a depressão é mencionada como a segunda maior causa de prejuízo global, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. (BRANCO et al., 2009; CHAPMAN; PERRY, 2008; PAN et al., 2006; WHO, 2001) Em termos numéricos, os gastos com a depressão atingem valores muito altos, tendo sido estimados em 83,1 bilhões de dólares nos Estados Unidos (FOSTICK et al., 2010; GREENBERG et al., 2003) e em 9 bilhões de libras no Reino Unido (THOMAS; MORRIS, 2003), ambas as estimativas feitas no ano 2000. Dados mais atuais haviam calculado custos para o ano de 2004 de 118 bilhões de euros para os gastos diretos e indiretos com a depressão na Europa. (SOBOCKI, 2006)

A depressão pode acometer indivíduos em todas as idades, entretanto, o pico de início da doença ocorre entre os 25 e os 30 anos. Entre as crianças, este transtorno está associado a prejuízos graves no desenvolvimento, desde a interferência no processo de escolarização, passando por comprometimento nos aspectos sociais e familiares, até o aumento nas taxas de suicídio. (CURATOLO; BRASIL, 2005; WONG, 2007) Entre crianças e adolescentes, as taxas de prevalência para os transtornos depressivos estão entre 0,4 e 2,5% para ambos os sexos. (LEWIS, 2002; SALOMA et al., 2009) A depressão infantil apresenta peculiaridades, podendo passar despercebida até mesmo por profissionais de saúde, professores e familiares. Diante da morbidade e mortalidade relacionada à depressão na infância, o diagnóstico e o tratamento adequados devem ser incisivos. (CURATOLO; BRASIL, 2005)

Entre os idosos, Wong (2007) estima taxas de prevalência de depressão entre 8 e 20% naqueles residentes na comunidade; e de 20%, entre os atendidos em ambulatórios de clínica geral. Entre os institucionalizados, as taxas demonstradas na literatura estão entre 10 e 30%. (BLAZER, 2003) Nesta faixa etária, a depressão costuma ser subdiagnosticada e subtratada. O diagnóstico costuma ser dificultado pela presença de doenças físicas concomitantes e pela percepção frequente dos sintomas, por parte dos familiares, médicos e dos próprios pacientes, como parte do processo natural do envelhecimento. A depressão traz complicações para o curso e desfecho de outras doenças, bem como de seus tratamentos. Os idosos deprimidos, quando não tratados, apresentam, como consequência desse transtorno, maior incapacidade, uso aumentado dos serviços de saúde (maior quantidade de visitas a consultórios médicos e serviços de emergência) e morte prematura. (BRANCO et al., 2009; CHAPMAN; PERRY, 2008; GRINBERG, 2006; GUIMARÃES; CALDAS, 2006)

Dados disponíveis na literatura sugerem que 7,5 a 20% das mulheres podem apresentar depressão durante a gravidez. As gestantes deprimidas cursam com prejuízo social, insegurança para exercer o papel de mãe e aumento de queixas somáticas; aderem menos ao acompanhamento pré-natal, usam mais substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) e apresentam o suicídio como uma importante causa de morte. Adiciona-se aos dados anteriormente citados um maior risco de modificações danosas da fisiologia da gravidez, dificuldades diversas no pós-parto e distúrbios no desenvolvimento cognitivo e mental a longo prazo para a criança. Até um ano após o parto, episódios depressivos são identificados como puerperal (depressão pós-parto - DPP) e acometem de 10 a 28% das mulheres. A DPP é considerada um importante problema de saúde pública, tendo em vista as taxas de frequência e os efeitos negativos impactantes para o binômio mãe-bebê. (SILVA; ALMEIDA; QUARANTINI, 2009)

Indivíduos portadores de doenças médicas gerais chegam a ser acometidos por depressão de 5 a 10 vezes mais que a população geral. A depressão comórbida promove prejuízos na qualidade de vida desses pacientes e pioram o prognóstico da doença não-psiquiátrica. A depressão acomete 24 a 57% dos portadores de hepatite C, 28 a 43% dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), mais de 38% dos pacientes com câncer, mais de 1/3 dos pacientes com doenças renais; ocorre em até 50% no hipotireoidismo, 10,8 a 39,6% no lúpus eritematoso sistêmico, 17 a 25% na artrite reumatóide, 15 a 20% nos pacientes hospitalizados com doença cardíaca, 24% no hipoparatiroidismo (depressão grave), até 10% no hiperparatiroidismo e até 80% na síndrome de Cushing. Ademais, indivíduos

com depressão maior têm frequência de 26,79 a 29,1% de síndrome do intestino irritável e incidência duas vezes maior de *diabetes mellitus*. (QUARANTINI et al., 2009)

A depressão é uma condição que está presente em 70% dos casos de suicídio em todo o mundo. (SARTORIUS, 2001) Os custos com o suicídio contribuem com quase 3% da carga global das doenças nos indivíduos entre 15 e 44 anos, ou seja, seu maior impacto está principalmente na faixa etária mais economicamente ativa. Os estudos têm apresentado a interferência da depressão nas atividades ocupacionais do indivíduo, através das elevadas taxas de absenteísmo, licenças médicas, redução da produtividade, diminuição da renda familiar e aumento de desemprego. (RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009)

Modificações no funcionamento em diversas vias do sistema endócrino estão associadas aos quadros depressivos. O eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal (HHA) tem uma implicação de destaque na depressão, sobretudo naqueles indivíduos que passaram por situações adversas no início da vida, com o desenvolvimento de mudanças adaptativas endócrinas persistentes e sensibilização de vias cerebrais, relacionadas à fisiopatologia da depressão. Uma forma de se avaliar essas modificações no eixo neuroendócrino ocorre por meio do teste de supressão da dexametasona (em indivíduos deprimidos – adultos, crianças e adolescentes – a administração de dexametasona não é capaz de suprimir a liberação de cortisol, evidenciando uma hiperatividade do eixo HHA). (SALOMA et al., 2009)

As respostas de quadros depressivos agudos a tratamentos são de aproximadamente 50% a 60% ao longo das 6 semanas iniciais de tratamento, com taxas mais baixas quando se consideram os quadros crônicos, sendo, nestes casos, de 50% ao longo de 12 semanas. Diante desta realidade, ao mesmo tempo em que se observa a importância do tratamento para a depressão, percebe-se que são de indiscutível utilidade os ensaios clínicos que objetivam o desenvolvimento de estratégias terapêuticas para a obtenção de maiores taxas de resposta ao tratamento para uma doença de tão grande importância epidemiológica. Quando nos atemos às taxas de recorrências (risco de 50% ao longo da vida para indivíduos que tiveram um episódio depressivo e 80 a 90% para aqueles que tiveram dois ou mais episódios), percebe-se mais consistentemente o impacto de um tratamento eficaz e em tempo hábil. (MIRANDA-SCIPPA et al., 2011)

Os tratamentos mais atuais para depressão passaram a objetivar a remissão sintomática, ou seja, a resolução completa dos sintomas e o retorno do indivíduo acometido para os níveis normais de funcionalidade; isto porque há vários estudos advogando que pacientes que não remitem estão em maior risco de recaída e de esta ocorrer mais precocemente; também persistem o prejuízo funcional e a má qualidade de vida, e evoluem

com pior prognóstico em doenças médicas gerais comórbidas, como *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares e pelo HIV. (ROMERA et al., 2010) Além disso, os pacientes que mantêm sintomas persistentes terminam gerando custos duas vezes maiores que aqueles que atingem a remissão. (RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009) Surpreendentemente, mesmo com o desenvolvimento, nas últimas décadas, de diversas estratégias e maior armamentário terapêuticos para os transtornos de humor, 60 a 70% dos pacientes com depressão maior não conseguem atingir a remissão; e aproximadamente metade dos pacientes que respondem ao tratamento persistem apresentando sintomas residuais importantes, com impacto no funcionamento e na qualidade de vida. (FOSTICK et al., 2010)

As escalas de avaliação para depressão têm grande importância para rastrear e avaliar a doença depressiva e exercem papel essencial na pesquisa dessa condição clínica, presente não só no transtorno depressivo maior, mas também, por exemplo, no transtorno bipolar do humor (transtorno caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos e que frequentemente cursa com episódios depressivos maiores); na distímia (caracterizada por humor rebaixado, com evolução superior ou igual a dois anos sem períodos assintomáticos maiores que dois meses nesse ínterim); e nos transtornos de adaptação (caracterizados pelo surgimento de sintomas emocionais ou comportamentais em decorrência de estressores psicossociais). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; BALLESTEROS et al., 2007)

2.2 USO DE ESCALAS NA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Devido à inexistência de marcadores biológicos ou outros métodos que permitam o diagnóstico objetivo da maioria das doenças psiquiátricas, este deve ser feito com base em sintomas e síndromes clínicas. Com a constatação de uma enorme variabilidade diagnóstica, quando indivíduos eram avaliados por psiquiatras diferentes, houve a necessidade do estabelecimento de critérios diagnósticos operacionais, entrevistas psiquiátricas padronizadas e instrumentos, aumentando assim a concordância entre resultados provenientes de avaliadores diversos. Desta forma, o uso dos instrumentos-diagnóstico se tornou peça fundamental dentro do campo da pesquisa psiquiátrica. (MENEZES; NASCIMENTO, 2000)

As escalas de avaliação podem ser destinadas a rastrear um transtorno, medir a sua gravidade e/ou mudanças na sua gravidade. Podem ser aplicadas por um avaliador (heteroavaliação) ou pelo próprio paciente (autoavaliação) e precisam ser confiáveis e válidas. É necessário também que as escalas sejam interpretáveis (presença de diretrizes para a

interpretação das pontuações ou de suas mudanças), viáveis (requeiram tempo adequado para a aplicação, tenham resultados prontamente acessíveis aos clínicos e pacientes e, ainda, não demandem tempo e esforços excessivos para treinar clínicos e pesquisadores para a sua utilização). (FURUKAWA, 2010)

Na Psiquiatria, a extração de resultados depende da experiência do avaliador, bem como de sua capacidade de interpretar as respostas. Em um ensaio clínico, as diferenças entre avaliadores em relação às técnicas de entrevista e de pontuação podem comprometer os resultados. O problema se torna ainda maior quando se trata de estudos multicêntricos, com grupos de avaliadores dispersos geograficamente. (ROSEN et al., 2008) Devido à natureza subjetiva dos resultados, a confiabilidade das medidas é particularmente importante nos ensaios clínicos que avaliam intervenções terapêuticas para transtornos depressivos. (MULSANT et al., 2002)

Nas últimas décadas, surgiram diversas modalidades de tratamento para a depressão (medicamentosas e psicoterapêuticas) e, com isto, houve também o desenvolvimento de diversas escalas de avaliação, de novas versões de escalas já existentes e de subescalas, com a finalidade de avaliar essa diversidade terapêutica. (IANNUZZO et al., 2006)

Dentre as escalas que surgiram ao longo das décadas, algumas merecem destaque por se tratar de instrumentos de grande valia até os dias atuais. A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression - HAM-D) (HAMILTON, 1960) foi a primeira a ser desenvolvida para avaliar sintomas depressivos e até hoje é a mais utilizada no meio científico (esta escala será extensamente explorada nos próximos tópicos deste capítulo). (MORENO; MORENO, 2000)

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI) (BECK et al., 1961) é provavelmente a escala autoaplicável mais utilizada, tanto em contexto clínico, quanto de pesquisa. É composta por 21 itens, tendo passado por uma primeira revisão em 1979 (houve modificação do tempo de referência da avaliação e algumas alterações discretas em 15 itens). Por fim, na versão modificada em 1996 (BDI-II) (BECK et al., 1996), houve a substituição de 4 itens, como uma das estratégias para adequar o instrumento aos critérios diagnósticos do DSM-IV. (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000)

A Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Åsberg (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - MADRS) (MONTGOMERY; ÅSBERG, 1979) é composta, na sua versão final, por 10 itens, dentre os quais não estão os sintomas somáticos ou psicomotores. Esta característica a torna uma escala mais adequada para avaliar pacientes com comorbidades médicas gerais, já que diminui o risco de que sintomas decorrentes da doença

somática sejam contabilizados como sintomas depressivos. O avaliador pode pontuar graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou categorias intermediárias (1, 3, 5).

2.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

A HAM-D é um instrumento desenvolvido por Max Hamilton no final da década de 50 e publicado em 1960, com a finalidade de quantificar os resultados de um entrevistador na avaliação de pacientes já diagnosticados como portadores de um transtorno de humor do tipo depressivo (HAMILTON, 1960) e é considerada a primeira escala de heteroavaliação para avaliar a depressão. (CALIL; PIRES, 2000) Inicialmente, visava à avaliação de uma população de pacientes hospitalizados, porém, hoje em dia, é mais frequentemente utilizada em populações ambulatoriais. (HAMILTON, 1960; WILLIAMS et al., 2008)

A avaliação pode se basear na entrevista, como também em outras fontes do tipo prontuários, informações de acompanhantes e equipe de enfermagem. A HAM-D deve ser aplicada por profissionais de saúde, com experiência em entrevistar e avaliar pacientes deprimidos. É composta por 17 itens, divididos entre as categorias de humor (8%), sintomas vegetativos/somáticos (28%), cognitivos (28%), ansiosos (16%), motores (12%) e sociais (8%). Apresenta ainda 4 itens adicionais (variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivo-compulsivos). (CALIL; PIRES, 2000; GALLUCCI NETO; CAMPOS JÚNIOR; HÜBNER, 2001; HAMILTON, 1960)

A pontuação total da HAM-D pode variar entre 0 e 52, para a versão de 17 itens, e entre 0 e 63 para a versão de 21 itens. Cada item pode variar entre 0 e 2 ou 0 e 4 pontos, com exceção do item 20 (sintomas paranoides), que varia entre 0 e 3 pontos. O intervalo de tempo a ser avaliado corresponde aos últimos 7 dias. A HAM-D apresenta sintomas definidos por descrições-âncoras e que são congruentes com as formas diversas de apresentação da depressão clínica. (CARROLL, 2005) É o instrumento mais utilizado para medir a gravidade da depressão e mudanças clínicas que possam vir a ocorrer ao longo do tratamento com antidepressivos (CORRUBLE; HARDY, 2005; ENNS; LARSEN; COX, 2000; FURUKAWA et al., 2005), sendo considerado o padrão internacional para este fim. (BAGBY et al., 2004; IANNUZZO et al., 2006; KRISTON; VON WOLFF, 2010; TABUSE et al., 2007) Desta forma, tem exercido papel fundamental na medida de desfechos em ensaios clínicos que avaliam a eficácia de drogas antidepressivas (BAGBY et al., 2004; BALLESTEROS et al., 2007; WILLIAMS, 1988; WILLIAMS et al., 2008), além de que sua pontuação tem sido utilizada como critério de inclusão e exclusão nesse tipo de estudo. (HOOIJER et al., 1991)

Um ensaio clínico é definido como uma investigação em seres humanos, que visa ao entendimento acerca de efeitos farmacodinâmicos, à identificação de reações adversas, ao estudo de farmacocinética e à indagação sobre eficácia e segurança. Também é o tipo de estudo que pode avaliar um determinado tipo de intervenção, inclusive psicoterapêutica. Trata-se de uma etapa fundamental na descoberta e desenvolvimento de um fármaco e faz parte dos requisitos solicitados pelas agências reguladoras, antes que um produto passe a ser comercializado. (BRUNO, 2011)

Ensaio clínico que busca verificar eficácia de intervenções psicofarmacológicas e psicoterapêuticas requerem instrumentos com medidas confiáveis e válidas para avaliar os desfechos dos tratamentos testados. (GRUNDY et al., 1994) Dentro deste propósito, não apenas a pontuação total mas também a pontuação dos itens isolados da HAM-D deveriam mostrar níveis suficientes de confiabilidade. (MÜLLER; DRAGICEVIC, 2003)

Confiabilidade é um termo utilizado para designar a reprodutibilidade de uma medida, ou, ainda, o grau de concordância entre várias medidas de um mesmo objeto. A confiabilidade dos dados coletados determina a validade das conclusões dos estudos. Esta propriedade pode sofrer a interferência de várias fontes de viés, que podem ser vieses de informação (durante a coleta das informações), vieses de situação (instabilidade do fenômeno avaliado) e vieses de critério (conceitos e critérios utilizados são diferentes entre entrevistadores diversos). (MENEZES; NASCIMENTO, 2000; ROSEN et al., 2008) Instrumentos de avaliação clínica precisam demonstrar três tipos de confiabilidade: 1) confiabilidade interna; 2) confiabilidade de teste-reteste; e 3) confiabilidade interavaliadores. Esta última corresponde à avaliação da consistência em que diferentes avaliadores produzem os mesmos resultados. (BAGBY et al., 2004, MULSANT et al., 2002)

A confiabilidade interavaliadores é determinada mediante o submetimento do sujeito da pesquisa a dois ou mais avaliadores, para estudar a concordância de aplicação e/ou interpretação dos dados entre os investigadores. Para atingir este objetivo, podem ser utilizadas anotações sobre os pacientes, bem como entrevistas gravadas ou presenciais com eles. A utilização de entrevistas filmadas ou gravadas é vantajosa quando a pesquisa de confiabilidade envolve mais de um centro, devido à possibilidade de envio dos vídeos e de avaliação de vieses de observação, por meio da comparação e discussão das avaliações realizadas pelos observadores. Nas escalas de avaliação clínica, a confiabilidade interavaliadores pode ser estimada pela medida do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), que indica o quanto de uma variação é decorrente de diferenças reais naquilo que está sendo medido, naquele momento, versus a diferença na maneira pela qual está sendo avaliada. É

uma medida de confiabilidade para características quantitativas, com variáveis contínuas. Apesar da importância da medida de confiabilidade interavaliadores, uma revisão de 63 artigos de ensaios clínicos, que avaliaram tratamentos para transtornos depressivos, demonstrou que apenas 13% relataram a avaliação dessa medida de confiabilidade, o que demonstra que a estimativa ou o relato desse dado fundamental não tem ocorrido rotineiramente nesse tipo de estudo. (MENEZES; NASCIMENTO, 2000; MULSANT et al, 2002)

Hamilton originalmente não determinou um pontuação de corte para o escore total, entretanto Furukawa (2010) referiu, em uma revisão de literatura, a existência de uma proposta de correlacionar essa escala com a pontuação da Clinical Global Impression-Severity (CGI-S), que estabeleceu a seguinte diretriz:

- a) entre 0 e 3 pontos: normal;
- b) 4 e 7 pontos: limítrofe;
- c) 8 e 15 pontos: depressão leve;
- d) 16 e 26 pontos: depressão moderada;
- e) acima de 26 pontos: depressão grave.

Um estudo que comparou 5 padrões de interpretação da gravidade da depressão, a partir da pontuação total da HAM-D, encontrou divergências consideráveis, tendo ocorrido diferenças tanto na nomenclatura dos níveis de gravidade, quanto na pontuação de definição de cada uma dessas categorias, exceto para aquela referente à remissão, quando 4 das 5 publicações concordaram no valor de 7 ou menos pontos. Os 5 padrões escolhidos por esse estudo eram recomendados pela American Psychiatric Association (APA) e pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (KRISTON; VON WOLFF, 2010) Estas incongruências são prejudiciais para o uso atual da HAM-D, pois os resultados de estudos diversos podem diferir pelo padrão das categorias de gravidade utilizado e, portanto, a busca por uma melhor padronização das pontuações para a HAM-D ainda é uma necessidade.

No que se refere às mudanças da pontuação da HAM-D, Furukawa (2010) também trouxe, em sua revisão, as seguintes diretrizes de interpretação:

- a) modificações maiores que 18 pontos ou 73%: melhora muito grande;
- b) modificações entre 11 e 17 pontos ou 46 e 76%: melhora grande;
- c) modificações entre 5 e 10 pontos ou 15 e 45%: melhora mínima;
- d) modificações entre 0 e 4 pontos ou 5 e 14%: sem melhora.

Hamilton (1960) reconhecia que cabiam aperfeiçoamentos à escala que desenvolvera. Referiu também que o valor da escala dependia inteiramente da habilidade do avaliador em

obter as informações necessárias para a condução da entrevista e para a determinação da avaliação final.

Uma revisão sistemática que incluiu 70 artigos trouxe como principais críticas à HAM-D que a confiabilidade interavaliadores para a pontuação total pode ser baixa (o CCI variou entre 0,46 a 0,99 nos estudos analisados); as confiabilidades teste-reteste e interavaliadores podem ser muito baixas em itens individuais (alguns estudos vêm mostrando que a maioria dos itens não apresenta confiabilidade interavaliadores adequada). Além disso, o formato para opções de resposta é limitado e pode misturar diferentes conceitos em um mesmo item. De um modo geral, a baixa confiabilidade interavaliadores da HAM-D vem sendo o assunto mais inquietante referente a esta escala. (BAGBY et al., 2004) Snaith (1996) já trazia problemas relacionados à HAM-D, como definições operacionais insuficientes, falta de detalhes de uma entrevista estruturada para superar procedimentos de pontuação imprecisos e a variação de formas de utilização da escala por centros diferentes, mesmo com treinamento cuidadoso. Essas limitações não decorrem apenas de aspectos da HAM-D, mas principalmente da instabilidade do fenômeno avaliado, da diversidade de parâmetros utilizados pelos clínicos e pesquisadores, pelos diferentes níveis de formação e experiência dos avaliadores e de um treinamento considerado não-adequado para a utilização do instrumento.

Esses aspectos alertam para a necessidade de surgimento, não necessariamente de um novo instrumento, mas de dispositivos e artifícios para aplicar a essa escala, capazes de minimizar o impacto dos vieses sobre os resultados gerados no processo de coleta. Apesar das críticas à HAM-D, é um instrumento hábil em discriminar droga e placebo nos ensaios clínicos e tem a importante vantagem de permitir que os resultados de um estudo possam ser comparados com um número muito grande de outros estudos, ao longo de décadas. (MORRISS et al., 2008; ZIMMERMAN et al., 2005)

Atualmente estão sendo utilizadas diversas versões e convenções de administração para a HAM-D, em resposta às limitações que existem nessa escala (IANUZZO, 2006; KALALI et al., 2002); as mudanças nela introduzidas ocorreram por meio da adição ou retirada de itens (desde uma versão curta, contendo apenas 6 itens representando os sintomas nucleares da depressão, até uma versão estendida com 31 itens, abrangendo sintomas vegetativos reversos e sintomas adicionais de retardo); do desenvolvimento de questionários de entrevista estruturada; e de alterações na definição dos itens e das âncoras. (IANUZZO et al., 2006)

As mudanças foram iniciadas pelo próprio Hamilton, com a retirada dos 4 últimos itens - variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivo-compulsivos - para a composição da escala de 17 itens, pois ele percebeu que esses sintomas eram menos frequentes e que não estavam necessariamente relacionados a uma maior gravidade da depressão. (CALIL; PIRES, 2000) Essa modificação inicial foi apenas o começo do surgimento de uma série de diversas outras versões da escala, a fim de serem utilizadas nas pesquisas em depressão, conforme referido anteriormente. Esta variabilidade de instrumentos utilizados vem resultando em uma metodologia não-padronizada nos estudos, o que dificulta a comparação, a evolução e as conclusões sobre os achados em síndromes depressivas. (IANNUZZO et al., 2006) As versões costumam ser apresentadas com a mesma denominação e os estudos são comparados entre si, frequentemente sem levar em consideração esse fato. Hooijer (1991) traz a importância de se atentar para a questão da versão utilizada em um estudo que comparou 2 versões desse instrumento: a escala original (HAMILTON, 1960; 1967) e outra mais recente, desenvolvida por Bech e colaboradores (1986), onde a última apresentou, em geral, 1 ponto a menos que aquela. Apesar de parecer pequena, essa diferença poderia gerar algum impacto em ensaios clínicos. (HOOIJER, 1991)

Os dados supracitados demonstram a importância de tentativas de melhorar a confiabilidade interavaliadores. O desenvolvimento de entrevistas estruturadas com roteiros de perguntas-guia e a adoção de regras de pontuação são importantes possibilidades a serem consideradas, de modo que se possa suprir a limitação do instrumento original e, assim, favorecer a convergência de resultados entre pesquisas diversas. (MORRISS et al., 2008) O uso de roteiros de entrevistas e a padronização da aplicação de instrumentos de hetero-avaliação têm sido preconizados, a partir dos benefícios evidenciados que essas estratégias podem gerar; e atualmente várias escalas para avaliar transtornos mentais já contam com roteiros próprios, a exemplo das Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) (CRIPPA et al., 2001), Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale – BSPS) (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2006) e Escala de Mania de Young (Young Mania Rating Scale – YMRS). (VILELA et al., 2005)

2.4 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GRID DE HAMILTON (GRID-HAMD): O GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA A HAM-D

Alguns pesquisadores vêm mostrando que os níveis de habilidade do entrevistador e o fornecimento de questões estruturadas e diretrizes de pontuação são capazes de trazer

melhores resultados de confiabilidade. (TABUSE et al., 2007) Neste contexto, houve a formação do Depression Rating Scale Standardization Team (DRSST), composto por pesquisadores, representando diversos segmentos de interesse no desenvolvimento científico acerca da depressão (clínicos, academia, governo e indústria farmacêutica). O grupo tinha por objetivo padronizar a administração e a pontuação da HAM-D, sem alterar expressivamente a intenção original dos itens dessa escala ou o perfil de pontuação. (GOTLIB; HAMMEN, 2010; WILLIAMS, 2001; WILLIAMS et al., 2008) Os membros desse grupo, em reunião ocorrida no ano 2000, iniciaram o projeto de uma versão padronizada, a partir da identificação das deficiências que identificaram na HAM-D, a saber:

- a) dificuldade em pontuar concomitantemente intensidade e frequência em muitos itens;
- b) opções de respostas ambíguas para pontuação da gravidade de muitos itens e ausência de exemplos clínicos úteis (exemplo: falta de estabelecimento de tempo para pontuar a gravidade da insônia);
- c) descrições para a pontuação “muito grave” não condizentes com pacientes ambulatoriais, principais sujeitos de avaliação por esse instrumento (exemplos: delírio hipocondríaco ou de referência ou persecutório);
- d) itens considerados problemáticos (exemplo: “percepção de doença” constantemente pontua zero, “hipocondria” apresenta correlação item-total e confiabilidade interavaliadores baixas);
- e) descrições de níveis de gravidade gerando dificuldade de interpretação pelos avaliadores (exemplo: as categorias para ansiedade somática e sintomas somáticos gerais não estabelecem limites precisos, podendo gerar dúvidas para o avaliador);
- f) descrições que se tornaram confusas e antiquadas na vigência atual dos critérios diagnósticos do DSM-IV. (WILLIAMS et al., 2008)

Algumas dessas deficiências da HAM-D já tinham sido publicadas por Williams (2001), correlacionando com o contexto mais recente de maior sofisticação nos diagnósticos e ensaios clínicos e de aplicações do instrumento, predominantemente em pacientes ambulatoriais e com depressões menos graves.

Dessa forma, surgiu a GRID-HAMD, segundo a Depression Rating Scale Standardization Team - DRSST (2003), versão modificada da HAM-D, que apresenta três componentes: sistema de pontuação GRID (pontua intensidade e frequência independentemente, para obter a pontuação de gravidade, utilizando um quadro com medidas de intensidade na vertical e de frequência na horizontal - a HAM-D original não faz distinção

entre essas duas dimensões); manual de convenção de pontuação, com descrições detalhadas das âncoras e modelos de comportamento (exemplo para o item 3 - Suicídio: “preocupações com morte na ausência de desejo de morrer, são classificadas como intensidade leve”); e, por fim, um guia de entrevista semi-estruturada (na literatura, a aplicação não-estruturada da HAM-D compromete a confiabilidade dos seus itens). (ANDREWS, 2010; FURUKAWA, 2010; TABUSE et al., 2007; WILLIAMS et al., 2008) Assim, a DRSST buscou melhorar a confiabilidade dos itens, aprimorando o esclarecimento e a operacionalização das descrições ambíguas das âncoras, mediante o aprofundamento e convenção da entrevista com esse instrumento. (BECH et al., 2005)

Como referido anteriormente, uma dificuldade presente na utilização de versões anteriores da HAM-D é que duas dimensões importantes da gravidade da doença – intensidade e frequência – devem ser tomadas a partir de cálculo subjetivo de uma única avaliação, ficando a cargo do avaliador considerar essas duas medidas segundo seu julgamento. A GRID-HAMD foi projetada para permitir que o avaliador considere essas duas dimensões independentemente para cada item relevante na escala. (BECH et al., 2003)

A GRID-HAMD também apresenta um guia de entrevista semi-estruturada, baseado na Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D) (WILLIAMS, 1988) o questionário de entrevista estruturada para a HAM-D que vem sendo mais utilizado e já demonstrou maior confiabilidade interavaliadores, na pontuação dos itens e na pontuação total, quando comparada à HAM-D. (IANNUZZO et al., 2006) Ela traz instruções bem definidas sobre a maneira de fazer as perguntas e sobre a diferenciação entre questões necessárias e opcionais (questões obrigatórias estão em negrito, questões complementares escritas em fonte padrão e questões opcionais, entre parênteses). Pela sua natureza semi-estruturada, facilita o treinamento na escala e não exige tempo de entrevista superior aos instrumentos não-estruturados. (WILLIAMS et al., 2008)

Quadro 1 - Exemplo do guia de entrevista semi-estruturada (item 3 – Suicídio)

<p>Nesta semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver? SE SIM: Sobre o que você pensou?</p> <p>Você pensou que seria melhor estar morto? SE SIM: Você pode me falar mais sobre isso?</p> <p>Você teve pensamentos de se matar ou se ferir? SE SIM: O que você pensou sobre isso? Você fez alguma coisa de fato para se ferir?</p> <p>Frequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira? · Por quanto tempo você se sentiu desta maneira? · Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Fonte: GRID- HAMD (adaptação nossa para figurar em forma de quadro)

Estudos prévios já haviam demonstrado que a utilização de instruções padronizadas para pontuação poderia melhorar a confiabilidade, pela existência de um guia que reduz a variação de informações coletadas dos pacientes. Williams (1988), utilizando a SIGH-D, encontrou valores mais elevados para a confiabilidade teste-reteste para este instrumento em 15 dos 21 itens, quando comparou com o estudo de Cichetti e Prusoff (1983), que utilizou a HAM-D. Estudo conduzido por Moberg e colaboradores (2001) demonstrou que a SIGH-D, em se tratando de entrevista semi-estruturada, foi capaz de gerar maior uniformidade da pontuação em uma população de idosos deprimidos, quando comparada com uma técnica de entrevista não estruturada: enquanto a SIGH-D obteve CCI variando entre 0,75 e 1,0 para os itens individuais e 0,99 para a pontuação total – 21 itens, a HAM-D, na maioria das vezes, atingiu entre 0,40 a 0,74 para os itens individuais e 0,80 para a pontuação total.

A GRID-HAMD também apresenta uma coluna de convenções para pontuação, localizada na mesma página do item correspondente, o que facilita a sua utilização. (WILLIAMS et al., 2008)

Quadro 2 - Exemplo da coluna de convenções (item 13 – Sintomas somáticos gerais)

- Perceba que este item avalia perda de energia física diferente da falta de interesse, que é avaliado no item 7 (Trabalho e Atividades), apesar de muitos pacientes terem ambos os sintomas.
- Qualquer dos sintomas listados (ex.: diminuição da energia, peso nos membros, dores musculares) é suficiente para pontuar positivamente este item.
- Não pontue fadiga ou desconfortos musculares em decorrência de esforço extra ou outras causas claramente não relacionadas com depressão (ex: gripe, trabalhar por muitas horas).
- Cefaleias não são pontuadas aqui, mas são pontuadas no item 11 Ansiedade Somática.

Fonte: GRID- HAMD (adaptação nossa para figurar em forma de quadro)

Desta maneira, a GRID-HAMD se propõe a atingir uma padronização, sem que seja necessário o desenvolvimento de uma nova escala. (BECH et al., 2005; WILLIAMS et al., 2008)

Estudos-piloto multicêntricos demonstraram que a maior parte dos avaliadores consideraram a GRID-HAMD um instrumento de fácil utilização e que as convenções GRID são melhores que os padrões de outras versões da HAM-D, usadas nos centros de pesquisa de

que faziam parte. Evidenciou-se também que, utilizando-se o modelo de CCI, a confiabilidade da GRID-HAMD foi considerada alta para muitos itens (11 dos 17 itens apresentaram confiabilidade interavaliadores substancial ou quase perfeita) e foi melhor que a SIGH-D em 13 dos 17 itens, incluindo o item “humor deprimido” e a pontuação total, apesar dos avaliadores terem recebido um treinamento na GRID-HAMD de apenas 60 a 90 minutos. Outro estudo com uma amostra de 99 avaliadores mostrou alta confiabilidade interavaliadores da GRID-HAMD e da SIGH-D, com CCI de 0,95 e 0,94 respectivamente (a confiabilidade interavaliadores da versão não estruturada de Guy para a HAM-D foi significativamente mais baixa, com CCI de 0,78), apesar de não terem sido submetidos a treinamento. (WILLIAMS et al., 2008)

Tabuse e colaboradores (2007) realizaram um estudo cujo objetivo era avaliar a confiabilidade interavaliadores, utilizando a GRID-HAMD traduzida para a língua japonesa, entre psiquiatras, estudantes de medicina e psicólogos experientes e não-experientes no uso da HAM-D. Os resultados gerados demonstraram que a confiabilidade interavaliadores da pontuação total foi quase perfeita (CCI variando de 0,93 a 0,99 entre os grupos, antes e após o treinamento) e, em relação à confiabilidade dos itens individuais, também foi considerada satisfatória, inclusive quando levaram em consideração avaliadores inexperientes e ainda sem treinamento. Sugeriram também que, mesmo entre avaliadores inexperientes, convenções explícitas de pontuação da GRID-HAMD podem gerar uma confiabilidade interavaliadores satisfatória. Essa característica é essencialmente importante, pois, muitas vezes, devido aos limitados recursos para pesquisa, as avaliações dos pacientes são feitas por pesquisadores com menor nível de experiência. (MÜLLER; GRAGICEVIC, 2003; WILLIAMS, 2001)

Para que seja possível a generalização transcultural dos dados dos estudos supracitados que utilizaram a GRID-HAMD, serão necessárias replicações independentes em inglês e em outros idiomas e contextos culturais. (TABUSE et al., 2007) As técnicas de entrevistas psiquiátricas e avaliações são culturalmente sensíveis, o que justifica a necessidade de replicações e padronizações de escalas e instrumentos diagnósticos, em diferentes países e línguas. (PRASAD et al., 2009)

3 OBJETIVOS

O problema de partida desta pesquisa – a necessidade de um instrumento com aprimoramentos sobre a HAM-D, no que diz respeito à padronização da aplicação, e que pudesse ser utilizado no Brasil - deu origem ao estabelecimento dos objetivos indicados a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar as experiências acadêmicas e profissionais entre os participantes de treinamento para a utilização da GRID-HAMD, realizado em 3 centros de pesquisa (Salvador, Ribeirão Preto e Recife, sob a liderança do primeiro);
- b) avaliar a confiabilidade interavaliadores da GRID-HAMD traduzida para a língua portuguesa para a amostra total e agrupamentos a partir de níveis de experiência acadêmica e profissional;
- c) avaliar as repercussões do treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores da versão brasileira da GRID-HAMD;
- d) avaliar a opinião da amostra sobre a GRID-HAMD em relação à utilidade para fins de pesquisa, facilidade de uso, melhoria das convenções em relação à HAM-D e SIGH-D e tempo necessário para a aplicação.

Este estudo foi desenvolvido em diversas etapas, para que pudesse abarcar os objetivos citados, respeitando os rigores da metodologia para cada uma das fases, conforme descrições metodológicas que seguem abaixo.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de tradução e adaptação transcultural de entrevista semi-estruturada para avaliar sintomas depressivos (GRID-HAMD) e de avaliação do impacto de treinamento na confiabilidade deste instrumento.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O treinamento reuniu 115 sujeitos, entre psiquiatras, residentes de Psiquiatria, médicos com experiência em avaliar pacientes deprimidos, psicólogos clínicos e enfermeira, alguns dos quais tinham experiência prévia em aplicar a HAM-D e outros não. Destes, 30 participaram do estudo-piloto (Ribeirão Preto) e 85 foram considerados a amostra propriamente dita (participantes dos treinamentos em Salvador e Recife), ou seja, geraram resultados que foram submetidos à análise (ver critérios de inclusão e de exclusão no item 4.5.2.1 Avaliadores).

Foram selecionados 5 pacientes com quadro clínico de depressão, segundo os critérios do DSM-IV-TR, para a produção de vídeos contendo entrevistas; estas mídias serviram de substrato para o treinamento e para o preenchimento da GRID-HAMD pelos avaliadores (ver critérios de inclusão e de exclusão no item 4.5.2.2 Pacientes).

4.3 CENTROS DE PESQUISA ENVOLVIDOS

A investigação foi realizada em três centros de pesquisa:

- a) Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador;
- b) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto;
- c) Universidade de Pernambuco (UPE), Recife.

4.4 INSTRUMENTOS

- a) questionário contendo itens sobre formação acadêmica e experiência clínica e em pesquisa, inclusive na aplicação da HAM-D (APÊNDICE A);
- b) versão traduzida para a língua portuguesa da GRID-HAMD (APÊNDICE B);
- c) questionário contendo itens de opinião sobre a GRID-HAMD (utilidade em pesquisa, facilidade de uso, tempo para aplicação e aprimoramento em relação às convenções da HAM-D e SIGH-D) (APÊNDICE C).

4.5 PROCEDIMENTO

Pela grande quantidade de etapas deste estudo, o procedimento foi subdividido em seções para que o leitor possa entender o encadeamento entre elas.

4.5.1 Tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD

Inicialmente, um dos elaboradores da GRID-HAMD, Amir Kalali, foi contactado para autorizar a tradução e validação deste instrumento para a língua portuguesa (ANEXO C). O instrumento GRID-HAMD original em inglês (ANEXO D) foi submetido à tradução para a língua portuguesa, por dois pesquisadores brasileiros participantes deste estudo, os quais apresentavam fluência na língua inglesa, gerando uma tradução inicial. A seguir, a primeira versão em português foi submetida ao processo de tradução reversa, realizada por uma tradutora com amplo domínio dos dois idiomas, cega para o instrumento GRID-HAMD original e ciente dos objetivos da pesquisa. Esta nova versão foi enviada para Janet Williams, uma das autoras do instrumento original em inglês, para que esta averiguasse a fidedignidade do texto em relação à escala original. Ante as observações feitas por ela acerca da tradução, os dois pesquisadores brasileiros que realizaram a tradução inicial fizeram as modificações necessárias, tomando por base as incompatibilidades semânticas detectadas por aquela autora. O instrumento, mais uma vez, foi entregue à tradutora - cega para o instrumento - e em seguida enviado para Williams. Este processo foi repetido três vezes até que se chegasse à última versão da GRID-HAMD traduzida para a língua portuguesa.

A tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD seguiu a metodologia referida por Giusti e Befi-Lopes (2008) para instrumentos estrangeiros, coincidindo com o mesmo

procedimento adotado pelo estudo de tradução da GRID-HAMD para a língua japonesa, conduzido por Tabuse e colaboradores (2007).

4.5.2 Seleção dos participantes da pesquisa

Os avaliadores (participantes do treinamento) e os pacientes foram inseridos em etapas distintas e com contribuições específicas para este estudo.

4.5.2.1 Avaliadores

Foram feitos convites por meio eletrônico, divulgando os treinamentos, que foram realizados nos três centros de pesquisa. Os interessados se inscreveram até o preenchimento de todas as vagas disponíveis para cada um dos treinamentos, oferecidos gratuitamente para todos os participantes.

Critérios de inclusão

Psiquiatras, residentes de Psiquiatria, médicos com experiência em avaliar pacientes deprimidos e psicólogos clínicos convidados, experientes ou não na aplicação de alguma versão da HAM-D, que participaram de todas as etapas do curso de treinamento para aplicação da GRID-HAMD. Apenas uma participante era graduada em Enfermagem (e não em Medicina ou Psicologia), porém foi incluída no estudo, devido ao fato de estar cursando doutorado na área de Saúde Mental, à ampla experiência em pesquisas que avaliam pacientes deprimidos e na aplicação de instrumentos para este mesmo fim.

Critérios de exclusão

Médicos e psicólogos que não aceitaram participar do treinamento ou interessados que não apresentavam as formações acadêmicas citadas nos critérios de inclusão, com exceção da enfermeira citada, pela justificativa já explicitada.

4.5.2.2 Pacientes

Nesta pesquisa, os pacientes não são considerados amostra; eles responderam às entrevistas, que foram filmadas e serviram de insumo para os cursos de treinamento e para o preenchimento da GRID-HAMD pelos avaliadores.

Critérios de inclusão

Pacientes em tratamento por equipe multiprofissional no Hospital Dia Karl Jaspers, do Espaço de Saúde Mental Professor Nelson Pires (Salvador-BA) e que apresentavam quadro clínico de depressão, podendo ser portadores de Transtorno Depressivo Maior (Episódio Único ou Recorrente), Transtorno Distímico ou Transtorno Bipolar, segundo os critérios do DSM-IV-TR.

Critérios de exclusão

Pacientes com dificuldade de comunicação ou perda cognitiva ou outro fator que pudesse prejudicar o seguimento de uma entrevista clara e coerente. Foram excluídos também aqueles pacientes que apresentavam como comorbidade(s):

- a) esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos;
- b) *delirium*, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos;
- c) retardo mental.

4.5.3 Estudo-piloto

O primeiro treinamento ocorreu na FMRP-USP, na cidade de Ribeirão Preto (SP), com um total de 30 participantes. Durante esta etapa, os pesquisadores envolvidos neste estudo, juntamente com os participantes, detectaram aspectos do treinamento que poderiam gerar vieses. As principais modificações nos treinamentos que sucederam a este estudo-piloto foram: adequação da duração do treinamento (que passou a ser de 8 horas); dedicação de 30 minutos antes da avaliação dos vídeos para a leitura individual da GRID-HAMD pelos avaliadores; elaboração de novos vídeos (dedicação de maior cuidado com artefatos que pudessem prejudicar a avaliação e utilização de recurso de edição de imagens, para tornar os vídeos mais curtos e mais direcionados aos objetivos da pesquisa); melhoria da qualidade dos

recursos audiovisuais disponíveis nas salas (para permitir uma melhor avaliação dos vídeos); reformulação do material expositivo (buscando maior detalhamento das instruções e itens, além da utilização de mais recursos visuais com fins didáticos); e elaboração da ficha de opinião sobre a GRID-HAMD, a ser preenchida ao final do treinamento. Devido às necessidades de mudanças, o treinamento realizado no referido centro foi considerado um estudo-piloto e os resultados gerados pelos avaliadores foram excluídos da análise final dos dados.

4.5.4 Produção dos vídeos

Foram produzidos cinco vídeos, contendo aplicações, em língua portuguesa, da entrevista semi-estruturada da GRID-HAMD feita com pacientes com depressão, após a obtenção de suas autorizações para a filmagem e utilização das imagens, mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

As filmagens foram obtidas em uma sala de consultório, com boas condições acústicas, nas quais aparece um dos pesquisadores deste estudo entrevistando os pacientes individualmente. As imagens foram editadas, utilizando a versão 2011 do *software Windows Live Movie Maker* (MICROSOFT CORPORATION, 2010), sendo retirados os trechos que não apresentavam conexão com os objetivos da pesquisa. Os vídeos foram preparados especificamente para o curso de treinamento da GRID-HAMD, de forma que continham todos os dados necessários para o preenchimento total da escala. Eles foram agrupados em dois pares (o primeiro constituído pelos vídeos 1 e 2 e o segundo, pelos vídeos 3 e 4), que foram submetidos à avaliação pelos participantes dos treinamentos. O vídeo 5 foi utilizado para avaliação demonstrativa durante a realização do treinamento.

4.5.5 Descrição dos vídeos

a) vídeo 1: duração de 29 minutos, com boas condições de áudio e vídeo. O paciente é do sexo masculino, tem 29 anos e apresenta boa capacidade de fornecer as informações solicitadas. Apresenta diagnósticos (eixo I) de Transtorno Depressivo Maior Recorrente e Dependência de Múltiplas Substâncias, seguindo os critérios do DSM-IV-TR. No item 10, não foram feitas as seguintes perguntas do guia de entrevista da GRID-HAMD: “Quanto isso foi ruim na última semana?” e “Quanta dificuldade isso gerou para você na última semana?”,

havendo a necessidade de convencionar as respostas “muito” e moderadamente” respectivamente. As convenções foram expostas no vídeo através de linguagem escrita;

b) vídeo 2: duração de 37 minutos, com boas condições de áudio e vídeo, exceto em alguns poucos momentos em que a paciente fala em volume baixo e pode ter gerado dificuldade leve na audição do conteúdo da entrevista. A paciente é do sexo feminino, tem 57 anos e apresenta boa capacidade de fornecer as informações solicitadas. Apresenta diagnóstico (eixo I) de Transtorno Depressivo Maior Recorrente, seguindo os critérios do DSM-IV-TR;

c) vídeo 3: duração de 30 minutos, com boas condições de áudio e vídeo. A paciente é do sexo feminino, tem 39 anos e apresenta boa capacidade de fornecer as informações solicitadas. Apresenta diagnóstico (eixo I) Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, seguindo os critérios do DSM-IV-TR;

d) vídeo 4: duração de 33 minutos, com boas condições de áudio e vídeo. A paciente é do sexo feminino, tem 37 anos e apresenta boa capacidade de fornecer as informações solicitadas. Apresenta diagnóstico (eixo I) de Transtorno Depressivo Maior Recorrente, seguindo os critérios do DSM-IV-TR;

e) vídeo 5: duração de 38 minutos, com boas condições de áudio e vídeo, além de apresentar legendas também em língua portuguesa. A paciente é do sexo feminino, tem 51 anos e apresenta boa capacidade de fornecer as informações solicitadas. Apresenta diagnósticos (eixo I) de Transtorno Depressivo Maior Episódio Único e Transtorno Obsessivo Compulsivo.

4.5.6 Pontuação consensual dos vídeos

Dois pesquisadores deste estudo, com ampla experiência na GRID-HAMD e na avaliação de pacientes com sintomas depressivos, pontuaram independentemente os vídeos. A seguir, houve a reunião destes pesquisadores para averiguar possíveis discordâncias e discutir exaustivamente, até que se definisse uma pontuação consensual dos itens individuais e total dos vídeos.

4.5.7 Amostra

A amostra selecionada foi de conveniência. Para a análise dos dados, obtivemos uma amostra efetiva de 85 avaliadores, número correspondente aos participantes dos treinamentos

realizados nas cidades de Salvador e Recife, excluindo-se os resultados gerados pelos avaliadores do estudo-piloto, realizado na cidade de Ribeirão Preto, devido às necessidades de mudança na metodologia do treinamento.

Observação: O estudo de avaliação da confiabilidade da GRID-HAMD na língua japonesa e avaliação do impacto do treinamento sobre esta propriedade (TABUSE et al., 2007), que apresenta metodologia e objetivos semelhantes ao do presente estudo, utilizou dados gerados por uma amostra de 70 avaliadores.

4.5.8 Treinamento no instrumento GRID-HAMD e sua aplicação pelos participantes

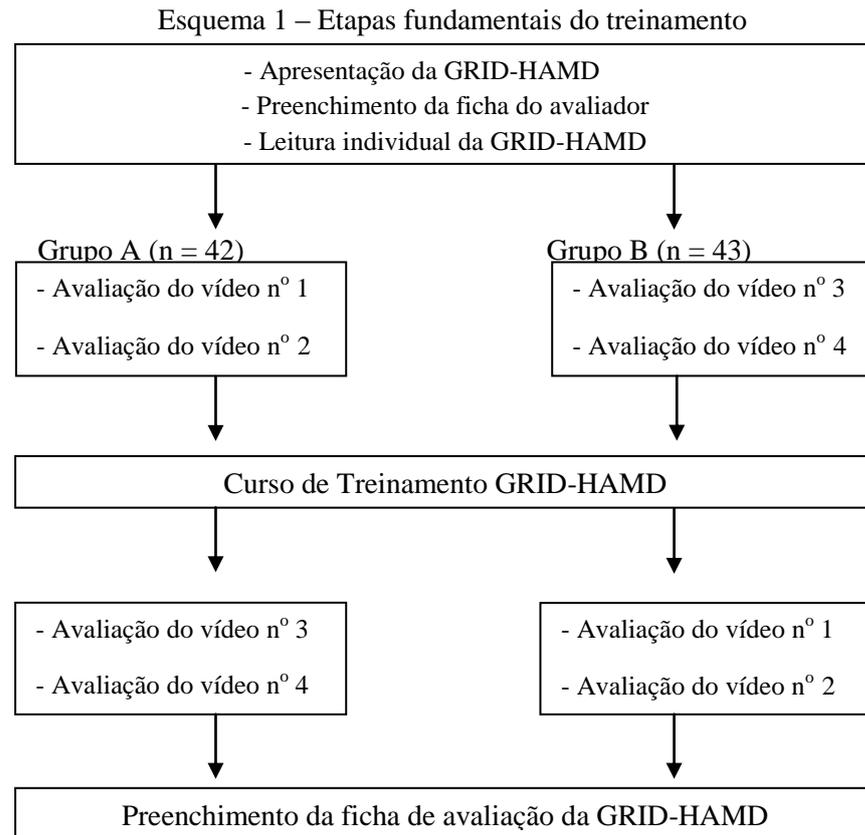
Durante as aulas expositivas, os participantes permaneciam reunidos em uma mesma sala, sendo separados em dois grupos apenas nos momentos de avaliação dos pares de vídeos. Todas as salas eram munidas de equipamentos audiovisuais de boa qualidade, para permitir condições adequadas de avaliação dos vídeos e de assimilação das informações fornecidas nas aulas expositivas.

Como as dificuldades para avaliação poderiam diferir entre os vídeos, os participantes foram randomicamente divididos em dois grupos (A e B) e cada um deles assistia a um par de vídeos, de modo que um grupo não visualizava, naquele momento, os vídeos a que o outro grupo estava assistindo. As entrevistas eram pontuadas individualmente, utilizando-se a GRID-HAMD. Ao final do treinamento, cada grupo assistia ao par de vídeos que ainda não conhecia, apresentado inicialmente apenas ao outro grupo, e o pontuava utilizando, mais uma vez, a GRID-HAMD. Desta forma, todos os quatro vídeos utilizados como substrato para a análise do impacto do treinamento (vídeos 1, 2, 3 e 4) foram avaliados antes ou após o treinamento por um dos grupos de participantes. Todos os cursos de treinamentos tiveram duração de 8 horas, divididos em 2 turnos de um mesmo dia e seguiram o roteiro detalhado abaixo:

- a) apresentação da GRID-HAMD: os ministrantes fizeram uma rápida exposição sobre a GRID-HAMD e sobre os estudos que já constavam na literatura sobre o instrumento;
- b) preenchimento da ficha do avaliador: os avaliadores preencheram um questionário contendo itens sobre experiência acadêmica e profissional, inclusive experiência na aplicação da HAM-D. As fichas continham um número que identificava cada avaliador e, desta forma, mantinha-se o anonimato dos dados prestados pelos participantes;

- c) leitura individual da GRID-HAMD: os avaliadores tiveram 30 minutos para ler o instrumento, antes de serem submetidos ao módulo do treinamento e à avaliação de qualquer um dos vídeos;
- d) divisão randômica dos avaliadores em dois grupos (A e B): eles mantinham fixas as suas composições durante todo o treinamento;
- e) avaliação pré-treinamento dos vídeos 1, 2, 3 e 4: neste momento, os grupos foram separados um do outro em salas distintas. O grupo A avaliou os vídeos 1 e 2 e o grupo B, os vídeos 3 e 4. Houve um intervalo de 10 minutos entre os vídeos para os avaliadores completarem o preenchimento da escala;
- f) treinamento GRID-HAMD (primeiro módulo) - Instruções de Uso e Diretrizes Gerais: foram abordadas as instruções desses segmentos do instrumento GRID-HAMD, abrindo-se espaço para dúvidas e questionamentos;
- g) treinamento GRID-HAMD (segundo módulo) – estudo dos itens: foram abordados todos os itens que compõem a GRID-HAMD, detalhando-se o guia de entrevista semi-estruturada, a avaliação de intensidade e frequência e o estudo das convenções. Houve espaço para dúvidas e questionamentos;
- h) treinamento GRID-HAMD (terceiro módulo): vídeo 5: Houve a exposição e a avaliação individual do vídeo 5, interrompendo-se ao final de cada item para discussão e revelação da pontuação consensual;
- i) avaliação pós-treinamento dos vídeos 1, 2, 3 e 4: neste momento, os grupos foram separados um do outro em salas distintas. O grupo A avaliou os vídeos 3 e 4 e o grupo B avaliou os vídeos 1 e 2. Houve um intervalo de 10 minutos entre os vídeos, para os avaliadores completarem o preenchimento da escala;
- j) preenchimento da ficha de avaliação da GRID-HAMD: os avaliadores responderam a um questionário contendo itens acerca da opinião sobre a GRID-HAMD (utilidade em pesquisa, facilidade de uso, tempo para aplicação e aprimoramento das convenções em relação à HAM-D e à SIGH-D).

O Esquema 1 a seguir resume as etapas mais fundamentais do procedimento do treinamento:



Fonte: Adaptado de Tabuse e colaboradores (2007)

4.5.9 Análise dos dados

Os dados foram coletados a partir do material preenchido pelos participantes do treinamento. Os dados referentes ao perfil acadêmico e profissional dos avaliadores e as pontuações dos vídeos foram analisados e correlacionados, utilizando-se a versão 17.0 do *software* SPSS Statistics (SPSS for Windows, 2008). A confiabilidade interavaliadores foi estimada pela ANOVA CCI.

Utilizamos por base o estudo de Landis e Koch (1977), que sugeriram os valores e as categorias correlacionadas conforme o quadro 1 abaixo.

Quadro 3 – Categorias para o CCI e correlação com o grau de concordância

Valor numérico	Grau de concordância
< 0,00	Pobre
0 – 0,20	Leve
0,21 – 0,40	Razoável
0,41 – 0,60	Moderado
0,61 – 0,80	Substancial
0,81 – 1,00	Quase perfeito

Fonte: Adaptado de Landis e Koch (1977)

4.5.10 Aspectos éticos

O estudo foi executado dentro das orientações da Declaração de Helsinki de 1989 e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Este estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) (ANEXO A) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia (CEP/MCO/UFBA), pelo qual foi aprovado através do Parecer/Resolução Aditiva nº 124, de 21 de junho de 2010 (ANEXO B).

4.5.11 Atribuições

O mestrando Ricardo Henrique de Sousa Araújo elaborou esta dissertação e participou ativamente de todas as etapas deste estudo, sob supervisão do Professor Orientador, Dr. Irismar Reis de Oliveira. Para o desenvolvimento do estudo, contou com a colaboração dos pesquisadores: Flávia de Lima Osório (FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BR), Janet B. W. Williams (Columbia University College of Physicians and Surgeons, Nova Iorque, EUA), Ivandro Soares Monteiro (Instituto Superior da Maia – ISMAI, Maia, PT), Mônica Gonçalves Ribeiro (Sanatório São Paulo, Salvador, BA, BR), Amir Kalali (International Society for CNS Drug Development, San Diego, EUA) e José Alexandre Crippa (FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BR).

Nesta seção, estão apresentados os dados referentes aos participantes dos treinamentos realizado nas cidades de Salvador e Recife.

5.1 PONTUAÇÃO CONSENSUAL DOS VÍDEOS

A reunião de 2 pesquisadores deste estudo com amplo domínio na utilização da GRID-HAMD geraram pontuação independente e consensual, conforme se vê a seguir.

Tabela 1 – Pontuação independente e consensual para os vídeos 1, 2, 3 e 4

Itens	Vídeo 1			Vídeo 2			Vídeo 3			Vídeo 4		
	A	B	Consenso									
1	2	2	2	4	4	4	4	2	3	1	1	1
2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1
3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	0	0	0
4	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
6	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2
7	3	3	3	4	4	4	2	2	2	1	2	2
8	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
10	2	3	2	3	4	4	2	2	2	1	1	1
11	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
12	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
14	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1
16	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0
21	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	1
TOTAL	29	29	29	39	40	40	30	28	29	18	22	20

Fonte: Elaboração do autor

O consenso entre os dois avaliadores determinou uma pontuação-padrão de 29 pontos para o vídeo 1, 40 pontos para o vídeo 2, 29 pontos para o vídeo 3 e 20 pontos para o vídeo 4.

5.2 DADOS ACADÊMICOS E EXPERIÊNCIA DOS AVALIADORES

Os participantes do treinamento foram avaliados a partir de dados referentes à formação acadêmica (graduação e pós-graduação), atividade profissional atual, experiência clínica, experiência no uso de escalas de avaliação (em contexto clínico e de pesquisa) e, especificamente, ao uso da HAM-D. Os resultados desta avaliação estão descritos na tabela que segue.

Tabela 2 – Dados acadêmicos e de experiência dos avaliadores

Dados	(n)	(%)
Graduação		
Medicina	27	31,8
Psicologia	56	65,9
Enfermagem	01	1,2
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100
Tempo de formado		
Até 5 anos	43	50,6
Acima de 5 anos	41	48,2
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100
Mestrado		
Não	71	83,5
Sim	13*	15,3
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100
Doutorado		
Não	82	96,5
Sim	02	2,4
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100
Especialização ou Residência Médica		
Não	49	57,6
Sim	35	41,2
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100
Experiência Clínica		
Nenhuma/pouca	21	24,7
Moderada/muita	61	71,8
Não informou	03	3,5
TOTAL	85	100
Experiência em uso de escala (uso em pesquisa)		
Nenhuma/pouca	53	62,4
Moderada/muita	23	27,1
Não informou	09	10,6
TOTAL	85	100
Experiência em uso de escala (uso clínico)		
Nenhuma/pouca	50	58,8
Moderada/muita	23	27,1
Não informou	12	14,1
TOTAL	85	100
Experiência na aplicação da HAM-D		
Nunca aplicou	62	72,9
Aplicou 1 ou mais vezes	22	25,9
Não informou	01	1,2
TOTAL	85	100

* O avaliador de número 38 registrou ter título de doutor, porém não de mestrado. Mesmo assim, ele foi incluído no grupo que afirmou ter mestrado, por entender-se que o doutorado é um título superior ao de mestrado.

Fonte: Elaboração do autor

Os dados expostos na Tabela 2 indicam que há um predomínio na amostra de psicólogos: 56 (65,9%); em relação ao tempo de formado, 43 (50,6%) tinham até 5 anos e 41 (48,2%) tinham mais de 5 anos de formados. Quanto à pós-graduação, 13 (15,3%) dos participantes tinham mestrado concluído, 35 (41,2%), especialização ou residência médica concluída e apenas 2 (2,4%) tinham doutorado concluído; 21 (24,7%) profissionais tinham nenhuma ou pouca experiência clínica, enquanto 61 (71,8%), moderada ou muita experiência clínica. Em relação ao uso de escalas em pesquisa, 53 (62,4%) apresentavam nenhuma ou pouca experiência, enquanto 23 (27,1%) apresentavam moderada ou muita experiência; já em contexto clínico, 50 (58,8%) tinham nenhuma ou pouca experiência e 23 (27,1%), moderada ou muita experiência. Especificamente referente à experiência no uso da HAM-D, 62 (72,9%) nunca haviam aplicado este instrumento, enquanto que 22 (25,9%) já a haviam aplicado, ao menos uma vez.

Tabela 3 – Detalhes da Experiência no uso da HAM-D

Experiência HAM-D	(n)	(%)
Nunca aplicou	62	72,9
Aplicou entre 1 e 5 vezes	10	11,8
Aplicou 6 ou mais vezes (sem treinamento)	7	8,2
Aplicou 6 ou mais vezes (com treinamento)	5	5,9
Não informado	1	1,2
TOTAL	85	100

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 3 traz detalhes da amostra sobre a experiência na aplicação da HAM-D; 62 (72,9%) participantes nunca a haviam aplicado. Entre os que já a utilizaram, 10 (11,8%) aplicaram entre 1 e 5 vezes, 7 (8,2%) aplicaram 6 ou mais vezes, mas nunca foram submetidos a treinamento formal para o uso dessa escala, e 5 (5,9%) aplicaram 6 ou mais vezes, tendo recebido treinamento formal.

5.3 AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS ANTES E DEPOIS DO TREINAMENTO

Os participantes geraram resultados que foram analisados independentemente para cada uma das entrevistas filmadas. As confiabilidades interavaliadores para a pontuação total serão apresentadas nas seções que seguem.

5.3.1 Amostra total

Os participantes do grupo A avaliaram os vídeos 1 e 2 antes do início do treinamento e os vídeos 3 e 4 após o término. O inverso ocorreu entre os participantes do grupo B, que avaliaram os vídeos 3 e 4 antes, e os vídeos 1 e 2, ao final do treinamento.

Tabela 4 – Comparação do acordo pré e pós-treinamento da GRID-HAMD-21 entre os avaliadores (amostra total)

	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Vídeo 1			
Antes (N=33)	0,85	0,77-0,93	F= 1,51 p=0,07
Depois (N=37)	0,90	0,83-0,95	
Vídeo 2			
Antes (N=36)	0,90	0,83-0,95	F=0,93 p=0,56
Depois (N=39)	0,89	0,83-0,95	
Vídeo 3			
Antes (N=27)	0,84	0,75-0,92	F=1,06 p= 0,39
Depois (N=36)	0,85	0,76-0,92	
Vídeo 4			
Antes (N=34)	0,77	0,65-0,87	F=0,94 p= 0,54
Depois (N=35)	0,76	0,64-0,87	

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 4 mostra que, considerando a amostra como um todo, os valores do CCI obtidos a partir da GRID-HAMD-21 para o vídeo 1 atingiram 0,85 antes do treinamento e 0,90 depois do treinamento; para o vídeo 2, 0,90 antes e 0,89 depois do treinamento; para o vídeo 3, 0,84 antes e 0,85 depois do treinamento; para o vídeo 4, 0,77 antes e 0,76 depois do treinamento. O p foi maior que 0,05 em todas as comparações, demonstrando que não houve diferença estatisticamente significativa, comparando o acordo de respostas da pontuação total da GRID-HAMD-21 para todos os vídeos avaliados antes e depois do treinamento. Desta maneira, a confiabilidade interavaliadores para todos os vídeos foi considerada adequada e não houve impacto do treinamento sobre esta medida.

Tabela 5 – Comparação do acordo pré e pós-treinamento da GRID-HAMD-17 entre os avaliadores (amostra total)

	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Vídeo 1			
Antes (N=33)	0,85	0,76-0,93	F=1,45
Depois (N=37)	0,89	0,82-0,95	p=0,12
Vídeo 2			
Antes (N=36)	0,91	0,84-0,96	F=0,93
Depois (N=39)	0,90	0,84-0,96	p=0,53
Vídeo 3			
Antes (N=27)	0,81	0,70-0,91	F=1,09
Depois (N=36)	0,82	0,72-0,92	p=0,36
Vídeo 4			
Antes (N=34)	0,76	0,63-0,88	F=0,82
Depois (N=35)	0,72	0,58-0,86	p=0,66

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 5 mostra que, quando se toma por base o acordo entre as pontuações totais da GRID-HAMD-17 obtidas a partir da amostra total, verifica-se que os valores do CCI para o vídeo 1 atingiram 0,85 antes do treinamento e 0,89 depois do treinamento; para o vídeo 2, 0,91 antes e 0,90 depois do treinamento; para o vídeo 3, 0,81 antes e 0,82 depois do treinamento; para o vídeo 4, 0,76 antes e 0,72 depois do treinamento. O p foi maior que 0,05 em todas as comparações, demonstrando que não houve diferença estatisticamente significativa, comparando-se o acordo de respostas da pontuação total da GRID-HAMD-17 para todos os vídeos avaliados antes e depois do treinamento. Comparando estes resultados com os apresentados na Tabela 4, referente à GRID-HAMD-21, percebe-se que os resultados são muito próximos para ambas as escalas (17 e 21 itens).

5.3.2 Amostra agrupada por experiência acadêmica e profissional

Os dados de avaliação dos vídeos gerados pelos profissionais foram agrupados a partir das suas características acadêmicas e de experiência clínica e/ou em pesquisa. A partir deste agrupamento, os CCI para cada um dos vídeos foram analisados individualmente. Para todas as análises de grupos, tomou-se por base os resultados gerados a partir da utilização da GRID-HAMD-21.

Tabela 6 – Acordo comparativo entre os participantes que não tinham experiência e os que tinham experiência no uso da HAM-D

Experiência no uso da HAM-D	CCI	Intervalo de confiança (95%)	Estatística
VÍDEO 1			
Antes			
Não aplicaram HAM-D (N=24)	0,86	0,78-0,93	F=0,79
Aplicaram HAM-D (N=9)	0,83	0,73-0,91	p=0,72
Depois			
Não aplicaram HAM-D (N=24)	0,90	0,84-0,95	F=0,85
Aplicaram HAM-D (N=12)	0,88	0,81-0,94	p=0,65
VÍDEO 2			
Antes			
Não aplicaram HAM-D (N=27)	0,89	0,83-0,95	F=1,08
Aplicaram HAM-D (N=9)	0,90	0,83-0,95	p=0,37
Depois			
Não aplicaram HAM-D (N=26)	0,88	0,80-0,94	F=1,58
Aplicaram HAM-D (N=12)	0,92	0,87-0,96	p=0,06
VÍDEO 3			
Antes			
Não aplicaram HAM-D (N=15)	0,84	0,75-0,92	F=1,00
Aplicaram HAM-D (N=11)	0,84	0,75-0,92	p=0,46
Depois			
Não aplicaram HAM-D (N=27)	0,83	0,74-0,91	F=1,64
Aplicaram HAM-D (N=9)	0,89	0,82-0,95	p=0,05
VÍDEO 4			
Antes			
Não aplicaram HAM-D (N=23)	0,77	0,65-0,88	F=0,96
Aplicaram HAM-D (N=11)	0,76	0,64-0,87	p=0,51
Depois			
Não aplicaram HAM-D (N=26)	0,74	0,62-0,86	F=1,48
Aplicaram HAM-D (N=9)	0,81	0,70-0,90	p=0,09

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 6 mostra a estimativa da confiabilidade interavaliadores, a partir da análise comparativa entre participantes que nunca aplicaram a HAM-D e aqueles que já aplicaram, ao menos uma vez. Em todas as análises da tabela, não houve diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos (p maior que 0,05), exceto na comparação para o vídeo 3 após o treinamento, demonstrando que, apenas neste caso, o grupo dos avaliadores experientes na HAM-D atingiu maior confiabilidade, comparado com o grupo de avaliadores inexperientes ($p \leq 0,05$).

Tabela 7 - Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 1 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica

VÍDEO 1	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Graduação			
Medicina			
Antes (n=11)	0,83	0,73-0,91	F=1,66
Depois (n=13)	0,89	0,82-0,95	p=0,41
Graduação			
Psicologia			
Antes (n=21)	0,86	0,78-0,93	F=1,50
Depois (n=23)	0,90	0,84-0,95	p=0,08
Graduação			
Até 5 anos			
Antes (n=16)	0,84	0,75-0,92	F=1,54
Depois (n=16)	0,89	0,82-0,95	p=0,07
Graduação			
Mais de 5 anos			
Antes (n=17)	0,87	0,79-0,93	F=1,33
Depois (n=19)	0,90	0,84-0,95	p=0,15
Mestrado			
Sim			
Antes (n=6)	0,90	0,84-0,95	F=1,00
Depois (n=5)	0,90	0,82-0,95	p=0,48
Mestrado			
Não			
Antes (n=27)	0,84	0,76-0,92	F=1,60
Depois (n=31)	0,89	0,83-0,95	p=0,05
Residência médica ou especialização			
Sim			
Antes (n=16)	0,86	0,77-0,93	F=1,34
Depois (n=18)	0,89	0,83-0,95	p=0,15
Residência médica ou especialização			
Não			
Antes (n=17)	0,85	0,76-0,92	F=1,57
Depois (n=18)	0,90	0,84-0,95	p=0,06
Experiência Clínica			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=6)	0,84	0,73-0,92	F=2,15
Depois (n=9)	0,92	0,86-0,96	p=0,005
Experiência Clínica			
Moderada/Muita			
Antes (n=27)	0,86	0,78-0,93	F=1,29
Depois (n=26)	0,89	0,82-0,94	p=0,18

Uso escala (pesquisa)			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=20)	0,85	0,77-0,92	F=1,36
Depois (n=21)	0,89	0,82-0,94	p=0,14
Uso escala (pesquisa)			
Moderada/muita			
Antes (n=8)	0,88	0,79-0,94	F=1,36
Depois (n=13)	0,91	0,85-0,96	p=0,14
Uso escala (clínica)			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=18)	0,85	0,76-0,92	F=1,67
Depois (n=22)	0,91	0,84-0,95	p=0,04
Uso escala (clínica)			
Moderada/Muita			
Antes (n=7)	0,90	0,83-0,95	F=0,79
Depois (n=11)	0,88	0,80-0,94	p=0,73
Aplicação HAM-D			
Nenhuma vez			
Antes (n=23)	0,87	0,79-0,93	F=1,38
Depois (n=24)	0,90	0,84-0,95	p=0,13
Aplicação HAM-D			
Uma ou mais vezes			
Antes (n=9)	0,83	0,73-0,91	F=1,56
Depois (n=12)	0,89	0,81-0,94	p=0,07

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 7 evidencia que os valores do CCI para os grupos de participantes que avaliaram o vídeo 1, antes do treinamento, variaram entre 0,83 e 0,90. Entre aqueles grupos de participantes que avaliaram o vídeo após o treinamento, o CCI variou entre 0,89 e 0,92. Para a maioria dos grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre o acordo da pontuação total da GRID-HAMD-21, comparando o grupo que avaliou o vídeo antes e o que avaliou após o treinamento; no entanto, para alguns grupos de avaliadores com menor experiência clínica ou acadêmica, o treinamento exerceu impacto sobre a confiabilidade interavaliadores, tendo ocorrido o aumento da medida do CCI, a saber: para os participantes sem mestrado, o CCI aumentou de 0,84 (pré-treinamento) para 0,89 (pós-treinamento) ($p = 0,05$); entre os participantes com nenhuma ou pouca experiência clínica, o CCI aumentou de 0,84 (pré-treinamento) para 0,92 (pós-treinamento) ($p = 0,005$); para o grupo de participantes com nenhuma ou pouca experiência no uso de escalas em contexto clínico, o CCI aumentou de 0,85 (pré-treinamento) para 0,91 (pós-treinamento) ($p = 0,04$).

Tabela 8 - Comparação do acordo pré e pós-treinamento para o vídeo 2 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica

VÍDEO 2	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Graduação			
Medicina			
Antes (n=11)	0,87	0,79-0,83	F=1,54
Depois (n=13)	0,91	0,85-0,96	p=0,07
Graduação			
Psicologia			
Antes (n=23)	0,91	0,85-0,95	F=0,75
Depois (n=25)	0,88	0,81-0,94	p=0,77
Graduação			
Até 5 anos			
Antes (n=20)	0,90	0,83-0,95	F=0,86
Depois (n=17)	0,89	0,82-0,94	p=0,64
Graduação			
Mais de 5 anos			
Antes (n=14)	0,89	0,82-0,94	F=1,07
Depois (n=21)	0,90	0,83-0,95	p=0,38
Mestrado			
Sim			
Antes (n=6)	0,90	0,83-0,95	F=1,44
Depois (n=6)	0,93	0,88-0,97	p=0,12
Mestrado			
Não			
Antes (n=30)	0,89	0,83-0,95	F=0,94
Depois (n=32)	0,88	0,81-0,94	p=0,54
Residência médica e/ou especialização			
Sim			
Antes (n=15)	0,89	0,82-0,95	F=0,93
Depois (n=17)	0,88	0,81-0,94	p=0,55
Residência médica e/ou especialização			
Não			
Antes (n=21)	0,90	0,84-0,95	F=1,09
Depois (n=21)	0,91	0,85-0,95	p=0,35
Experiência Clínica			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=9)	0,87	0,79-0,93	F=1,39
Depois (n=10)	0,90	0,84-0,95	p=0,14
Experiência Clínica			
Moderada/muita			
Antes (n=25)	0,90	0,84-0,95	F=0,97
Depois (n=27)	0,90	0,83-0,95	p=0,50

Uso escala (pesquisa)			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=23)	0,89	0,83-0,95	F=0,88
Depois (n=22)	0,88	0,80-0,94	p=0,62
Uso escala (pesquisa)			
Moderada/muita			
Antes (n=8)	0,90	0,82-0,95	F=1,35
Depois (n=13)	0,92	0,87-0,96	p=0,15
Uso escala (clínica)			
Nenhuma/pouca			
Antes (n=19)	0,87	0,80-0,94	F=1,39
Depois (n=22)	0,90	0,84-0,95	p=0,12
Uso escala (clínica)			
Moderada/Muita			
Antes (n=9)	0,94	0,90-0,97	F=0,54
Depois (n=13)	0,89	0,83-0,95	p=0,95
Aplicação HAM-D			
Nenhuma vez			
Antes (n=27)	0,89	0,83-0,95	F=0,87
Depois (n=25)	0,88	0,80-0,94	p=0,61
Aplicação HAM-D			
Uma ou mais vezes			
Antes (n=9)	0,90	0,83-0,95	F=1,29
Depois (n=12)	0,92	0,87-0,96	p=0,19

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 8 mostra que os valores do CCI para os grupos de participantes que avaliaram o vídeo 2, antes do treinamento, variaram entre 0,87 e 0,94. Entre aqueles grupos de participantes que avaliaram o vídeo depois do treinamento, o CCI variou entre 0,88 e 0,93. Para todos os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre o acordo da pontuação total da GRID-HAMD-21, comparando o grupo que avaliou o vídeo antes e o que avaliou após o treinamento, não tendo, neste caso, o treinamento exercido impacto sobre a confiabilidade interavaliadores.

Tabela 9 - Comparação do acordo pré- e pós-treinamento para o vídeo 3 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica

VÍDEO 3	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Graduação			
Medicina			
Antes (n=12)	0,84	0,75-0,92	F=1,19
Depois (n=11)	0,86	0,78-0,93	p=0,27
Graduação			
Psicologia			
Antes (n=15)	0,84	0,75-0,92	F=0,99
Depois (n=24)	0,84	0,75-0,92	p=0,47
Graduação			
Até 5 anos			
Antes (n=13)	0,85	0,77-0,93	F=0,92
Depois (n=20)	0,84	0,75-0,92	p=0,57
Graduação			
Mais de 5 anos			
Antes (n=13)	0,83	0,73-0,91	F=1,29
Depois (n=16)	0,86	0,78-0,93	p=0,19
Mestrado			
Sim			
Antes (n=3)	0,85	0,72-0,93	F=1,25
Depois (n=5)	0,88	0,79-0,94	p=0,24
Mestrado			
Não			
Antes (n=23)	0,85	0,76-0,92	F=0,93
Depois (n=31)	0,84	0,75-0,92	p=0,55
Residência médica e/ou especialização			
Sim			
Antes (N=11)	0,83	0,73-0,91	F=0,80
Depois (N=14)	0,80	0,68-0,89	p=0,72
Residência médica e/ou especialização			
Não			
Antes (N=15)	0,85	0,77-0,93	F=1,29
Depois (N=22)	0,88	0,81-0,94	p=0,18
Experiência Clínica			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=6)	0,81	0,69-0,90	F=1,93
Depois (N=9)	0,89	0,82-0,95	p=0,01
Experiência Clínica			
Moderada/muita			
Antes (N=19)	0,85	0,76-0,92	F=0,88
Depois (N=27)	0,83	0,74-0,91	p=0,62

Uso escala (pesquisa)			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=15)	0,85	0,76-0,92	F=0,89
Depois (N=24)	0,83	0,74-0,91	p=0,60
Uso escala (pesquisa)			
Moderada/muita			
Antes (N=11)	0,83	0,72-0,91	F=1,46
Depois (N=7)	0,88	0,80-0,94	p=0,11
Uso escala (clínica)			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=15)	0,84	0,75-0,92	F=0,99
Depois (N=21)	0,84	0,75-0,92	p=0,47
Uso escala (clínica)			
Moderada/Muita			
Antes (N=8)	0,85	0,75-0,92	F=1,32
Depois (N=8)	0,88	0,80-0,94	p=0,18
Aplicação HAM-D			
Nenhuma vez			
Antes (N=16)	0,85	0,76-0,92	F=0,89
Depois (N=27)	0,83	0,74-0,91	p=0,60
Aplicação HAM-D			
Uma ou mais vezes			
Antes (N=11)	0,84	0,75-0,92	F=1,53
Depois (N=9)	0,89	0,82-0,95	p=0,08

Fonte: Elaboração do autor.

A Tabela 9 mostra que os valores da CCI variaram entre 0,81 e 0,85 para os grupos de participantes que avaliaram o vídeo 3, antes do treinamento. Entre aqueles grupos de participantes que avaliaram o vídeo após o treinamento, o CCI variou entre 0,80 e 0,89. Para a maioria dos grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre o acordo da pontuação total da GRID-HAMD-21, comparando o grupo que avaliou o vídeo antes e o que avaliou após o treinamento; no entanto, para o grupo de avaliadores com nenhuma ou pouca experiência clínica, o treinamento exerceu impacto sobre o acordo entre as respostas, tendo o CCI aumentado de 0,81 (pré-treinamento) para 0,89 (pós-treinamento) ($p = 0,01$).

Tabela 10 - Comparação do acordo pré- e pós-treinamento para o vídeo 4 entre os avaliadores agrupados por experiência profissional e acadêmica

VÍDEO 4	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)	Estatística
Graduação			
Medicina			
Antes (N=12)	0,77	0,65-0,88	F=1,15
Depois (N=10)	0,80	0,68-0,89	p=0,30
Graduação			
Psicologia			
Antes (N=22)	0,76	0,65-0,87	F=0,93
Depois (N=24)	0,75	0,63-0,86	p=0,55
Graduação			
Até 5 anos			
Antes (N=15)	0,77	0,65-0,88	F=0,87
Depois (N=20)	0,74	0,62-0,86	p=0,62
Graduação			
Mais de 5 anos			
Antes (N=18)	0,76	0,65-0,87	F=1,10
Depois (N=15)	0,78	0,66-0,88	p=0,35
Mestrado			
Sim			
Antes (N=5)	0,78	0,64-0,89	F=0,81
Depois (N=5)	0,74	0,58-0,87	p=0,70
Mestrado			
Não			
Antes (N=28)	0,77	0,65-0,87	F=0,92
Depois (N=30)	0,76	0,64-0,87	p=0,56
Residência médica e/ou especialização			
Sim			
Antes (N=14)	0,78	0,66-0,88	F=0,74
Depois (N=13)	0,72	0,59-0,85	p=0,78
Residência Médica e/ou especialização			
Não			
Antes (N=19)	0,76	0,64-0,87	F=1,08
Depois (N=22)	0,77	0,66-0,88	p=0,37
Experiência Clínica			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=8)	0,82	0,71-0,91	F=0,99
Depois (N=7)	0,82	0,71-0,91	p=0,48
Experiência Clínica			
Moderada/muita			
Antes (N=25)	0,76	0,64-0,87	F=0,95
Depois (N=28)	0,75	0,63-0,86	p=0,52

Uso escala (pesquisa)			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=20)	0,78	0,67-0,88	F=0,82
Depois (N=23)	0,74	0,62-0,86	p=0,69
Uso escala (pesquisa)			
Moderada/muita			
Antes (N=12)	0,74	0,61-0,86	F=1,15
Depois (N=6)	0,77	0,63-0,88	p=0,31
Uso escala (clínica)			
Nenhuma/pouca			
Antes (N=19)	0,79	0,68-0,89	F=0,76
Depois (N=20)	0,74	0,62-0,86	p=0,76
Uso escala (clínica)			
Moderada/muita			
Antes (N=12)	0,76	0,63-0,87	F=1,13
Depois (N=8)	0,78	0,66-0,89	p=0,33
Aplicação HAM-D			
Nenhuma vez			
Antes (N=23)	0,77	0,65-0,88	F=0,87
Depois (N=26)	0,74	0,62-0,86	p=0,63
Aplicação HAM-D			
Uma ou mais vezes			
Antes (N=11)	0,76	0,64-0,87	F=1,34
Depois (N=9)	0,81	0,70-0,90	p=0,16

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 10 mostra que os valores do CCI para os grupos de participantes que avaliaram o vídeo 4, antes do treinamento, variaram entre 0,74 e 0,82. Entre aqueles grupos de participantes que avaliaram o vídeo depois do treinamento, o CCI variou entre 0,72 e 0,82. Para todos os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre o acordo da pontuação total da GRID-HAMD-21, comparando o grupo que avaliou o vídeo antes e o que avaliou após o treinamento, portanto não foi evidenciado impacto do treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores.

5.4 AVALIAÇÃO DA GRID-HAMD PELOS PARTICIPANTES

A GRID-HAMD foi avaliada pelos participantes logo após o término dos últimos vídeos. Os dados foram obtidos a partir do preenchimento da ficha de opinião sobre a GRID-HAMD.

Tabela 11 – Frequência de respostas da avaliação da GRID-HAMD pelos participantes

	(n)	(%)
Utilidade para fins de pesquisa		
1. Nem um pouco útil	0	0
2. Um pouco útil	2	2,4
3. Moderadamente útil	6	7,1
4. Muito útil	40	47,1
5. Extremamente útil	33	38,8
Não avaliado	4	4,7
Facilidade de utilização		
1. Nem um pouco fácil	1	1,2
2. Um pouco fácil	7	8,2
3. Moderadamente fácil	54	63,5
4. Muito fácil	19	22,4
5. Extremamente fácil	0	0
Não avaliado	4	4,7
Convenções melhores que HAM-D		
1. Nem um pouco melhores	0	0
2. Um pouco melhores	0	0
3. Moderadamente melhores	8	9,4
4. Muito melhores	33	38,8
5. Extremamente melhores	7	8,2
6. Não conhece a HAM-D	33	38,8
Não avaliado	4	4,7
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Participantes que conhecem a HAM-D: 48 (56,5%) 1. Nem um pouco melhores: 0 2. Um pouco melhores: 0 3. Moderadamente melhores: 8 (16,6%) 4. Muito melhores: 33 (68,8%) 5. Extremamente melhores: 7 (14,6%) </div>		
Convenções melhores que SIGH-D		
1. Nem um pouco melhores	0	0
2. Um pouco melhores	1	1,2
3. Moderadamente melhores	4	4,7
4. Muito melhores	14	16,5
5. Extremamente melhores	1	1,2
6. Não conhece a SIGH-D	60	70,6
Não avaliado	5	5,9
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Participantes que conhecem a SIGH-D: 20 (23,5%) 1. Nem um pouco melhores: 0 2. Um pouco melhores: 1 (5%) 3. Moderadamente melhores: 4 (20%) 4. Muito melhores: 14 (70%) 5. Extremamente melhores: 1 (5%) </div>		
Tempo para a aplicação		
1. Aplicação muito rápida	1	1,2
2. Aplicação rápida	5	5,9
3. Aplicação em tempo adequado	53	62,4
4. Aplicação demorada	21	24,7
5. Aplicação muito demorada	1	1,2
Não avaliado	4	4,7

Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 11 mostra que, em relação à utilidade para fins de pesquisa, esta escala foi considerada pouco útil por 2 (2,4%) participantes, moderadamente útil por 6 (7,1%), muito útil por 40 (47,1%) e extremamente útil por 33 (38,8%) deles. Do ponto de vista da facilidade de aplicação, a GRID-HAMD foi considerada nem um pouco fácil por 1 (1,2%) participante, pouco fácil por 7 (8,2%) participantes, moderadamente fácil por 54 (63,5%) e muito fácil por 19 (22,4%) deles. Quando comparadas às convenções da HAM-D original (entre os 48 participantes que conheciam a HAM-D), as convenções da GRID-HAMD foram consideradas moderadamente melhores por 8 (16,6%) participantes, muito melhores por 33 (68,8%) e

extremamente melhores por 7 (14,6%) deles. Quanto comparada às convenções da SIGH-D (entre os 20 participantes que conheciam a SIGH-D), as da GRID-HAMD foram consideradas pouco melhores por 1 (5%) participante, moderadamente melhores por 4 (20%) participantes, muito melhores por 14 (70%) e extremamente melhores por 1 (5%) deles. Por fim, em relação ao tempo necessário para a aplicação da GRID-HAMD, 1 (1,2%) participante considerou a aplicação muito rápida, 5 (5,9%) consideraram a aplicação rápida, 53 (62,4%) consideraram o tempo adequado, 21 (24,7%) consideraram a aplicação demorada e 1 (1,2%) considerou-a muito demorada. Nenhum participante considerou que a GRID-HAMD é “nem um pouco útil” para fins de pesquisa, que as suas convenções são “nem um pouco melhores” ou “um pouco melhores” que as da HAM-D original ou que as suas convenções são “nem um pouco melhores” que as da SIGH-D.

A adaptação transcultural da GRID-HAMD ocorreu dentro de contexto da cultura brasileira. Mesmo considerando que outros países compartilham a língua portuguesa como idioma oficial, deve ser considerado que existem nuances socioculturais que interferem no uso do idioma. (SCHIMITT et. al., 2011) Desta maneira, não se pode dizer que a escala está adaptada culturalmente para ser utilizada em outros países lusófonos que não o Brasil.

Os dados obtidos a partir da análise dos níveis de experiência dos avaliadores permitiram a obtenção do perfil dos participantes dos treinamentos para a aplicação da GRID-HAMD realizados nas cidades de Salvador e Recife.

Os dados deste estudo evidenciam que a amostra foi constituída predominantemente por sujeitos graduados em Psicologia (65,9%), sem título de mestre (83,5%), nem de doutor (96,5%), nem de especialista (57,6%), com moderada ou muita experiência clínica (71,8%), com nenhuma ou pouca experiência no uso de escalas, tanto em contexto de pesquisa (62,4%) como de uso clínico (58,8%). Do ponto de vista da experiência na HAM-D, 72,9% eram inexperientes, 11,8% aplicaram entre 1 e 5 vezes e 14,1% aplicaram 6 ou mais vezes (8,2% não receberam treinamento e 5,9% receberam treinamento). Além de participantes das próprias cidades de Salvador e Recife, houve pessoas provenientes das cidades de João Pessoa (PB), Natal (RN) e cidades do interior dos estados de Pernambuco e da Bahia.

O estudo desenvolvido com Tabuse e colaboradores (2007) com a GRID-HAMD, traduzida para a língua japonesa, não apresenta dados sobre a maioria das informações referentes à amostra apresentadas neste trabalho. Em relação à experiência no uso da HAM-D, a amostra do estudo japonês é constituída por 28,6% de inexperientes, 24,3% de indivíduos que a aplicaram entre 1 e 5 vezes, 47,1% de participantes que aplicaram 6 ou mais vezes sem treinamento e 22,9% que aplicaram 6 ou mais vezes com treinamento formal. A amostra do referido estudo é composta predominantemente por indivíduos com boa experiência no uso da HAM-D, enquanto que o presente estudo tem um predomínio marcante de pessoas que nunca aplicaram esta escala. Outro detalhe é que, em ambos os estudos, entre aqueles que aplicaram 6 ou mais vezes, não se sabe de fato quantas vezes mais que 6 isto ocorreu.

Os resultados mostram que, para os quatro vídeos, a GRID-HAMD-21 apresentou CCI para a pontuação total, variando entre 0,76 e 0,90, sendo considerado quase perfeito para os vídeos 1, 2 e 3 e substancial para o vídeo 4. Para a GRID-HAMD-17, os resultados foram bastante semelhantes, com CCI variando entre 0,72 e 0,91, mantendo as mesmas categorias e graus de concordância que as da GRID-HAMD-21. (LANDIS; KOCH, 1977) A grande aproximação dos valores entre ambas as composições da GRID-HAMD (17 e 21 itens)

permitiu que os resultados utilizando a escala de 21 itens (para os agrupamentos por níveis de experiência) fossem comparados com outros estudos que utilizaram a escala de 17 itens.

Os resultados para a CCI referentes à pontuação total da GRID-HAMD, encontrados por Williams e colaboradores (2008) em estudo-piloto, mantiveram-se semelhantes aos do presente estudo e giraram entre 0,75 e 0,89. Os citados autores, em um estudo de validação e confiabilidade, encontraram CCI de 0,94 (tão alto quanto à da SIGH-D e significativamente superior à versão de Guy para a HAM-D). Os resultados de Tabuse e colaboradores (2007) mostraram valores da CCI superiores para a GRID-HAMD-17 em japonês (os valores encontrados se mantiveram entre 0,93 e 0,99 – “quase perfeitos”), apesar de, no presente estudo, os valores também serem considerados “quase perfeitos”, exceto para o vídeo 4, cujos valores atingiram apenas uma categoria abaixo, ou seja, “substanciais”. Este estudo e o estudo japonês concordaram com o fato de que, mesmo antes do treinamento, o CCI já atingiu valores adequados e o treinamento não teve impacto sobre esta medida (p maior que 0,05 para todo os vídeos). Este achado mostra que as instruções para uso, o guia de entrevista semi-estruturada e o manual de convenções são bastante eficazes para promover uma confiabilidade interavaliadores adequada para este instrumento.

Neste estudo, as entrevistas foram feitas com pacientes reais, enquanto que Tabuse e colaboradores (2007) utilizaram vídeos feitos por atores. A utilização de pacientes reais para este fim pode ter trazido consigo as dificuldades inerentes ao fato, a maioria delas também presentes em contextos clínico e de pesquisa: dificuldade de comunicação, inibição ante a câmera, presença de comorbidades, ambivalências para as respostas, vieses de memória, entre outros. Ainda, a frequência foi investigada em todos os itens da escala e sempre houve a exigência que os participantes avaliassem esta variável. No estudo da GRID-HAMD em japonês, o componente da frequência se deu a partir de uma convenção em 35% dos itens (os avaliadores deveriam utilizar a frequência de 50% para os itens em que as informações sobre frequência não eram fornecidas no vídeo), poupando os participantes da obrigatoriedade de inferir esta medida, em cerca de 1/3 das avaliações item a item. Apesar de a análise sensitiva suplementar, para comparar a CCI dos itens em que a frequência foi avaliada e daqueles em que a frequência foi convencionalizada, não ter detectado interferência desta falha metodológica, este fato talvez deve ser considerado na determinação final da confiabilidade interavaliadores.

Ainda em relação à confecção dos vídeos, o estudo japonês o utilizou o mesmo paciente em cada par de vídeos, em momentos diferentes do seu tratamento, o que pode ter ao menos fornecido um padrão referencial para a avaliação dos vídeos subsequentes, principalmente no que diz respeito aos itens pontuados pela observação e não pelo que é

relatado (itens 8 e 9). O presente estudo pode ter contado com a dificuldade de avaliar um paciente diferente em cada um dos vídeos, o que é muito mais próximo da realidade de pesquisas clínicas reais, onde um mesmo paciente pode ser avaliado por pesquisadores diferentes em momentos distintos, a depender do avaliador disponível para aquela tarefa em cada instante. É possível ainda que também tenham ocorrido diferenças no nível de complexidade nos casos utilizados pelos dois estudos. Apesar de não termos tido acesso aos vídeos utilizados no estudo de Tabuse e colaboradores, as pontuações totais para os vídeos deste presente estudo sinalizam para esta suposição, possivelmente com maior quantidade de itens individuais pontuando zero naquele estudo, em detrimento deste: no estudo japonês, os vídeos totalizaram 26, 10, 37 e 19 pontos, contra 29, 40, 29 e 20 neste estudo.

Em relação à amostra do nosso estudo, pode ter ocorrido um perfil de menor experiência prévia na avaliação especificamente de pacientes deprimidos, dado importante, já que é fortemente recomendado que o avaliador tenha experiência com pacientes com esse perfil sintomático. (DRSST, 2003; HAMILTON, 1960) Infelizmente este dado não foi averiguado objetivamente em nenhum dos 2 estudos para confirmação.

Apesar do nosso estudo ter apresentado características metodológicas que podem ter tornado a avaliação dos vídeos mais difícil e ter interferido na confiabilidade interavaliadores, ao comparar-se com o estudo de Tabuse e colaboradores (2007), esta medida continuou em níveis quase perfeitos, ao menos nos vídeos 1, 2 e 3. Essas características metodológicas simulam uma realidade muito mais próxima da encontrada em ambientes de pesquisa, sendo este dado importante para se levantar a percepção de que a GRID-HAMD continua sendo um instrumento com confiabilidade interavaliadores adequada na presença das adversidades frequentemente encontradas em ensaios clínicos. O vídeo 4 do nosso estudo apresentou valores um pouco mais baixos e que destoaram dos demais, o que sugere que talvez haja ocorrido dificuldades inerentes ao próprio vídeo.

No estudo de publicação da HAM-D em 1960, Hamilton divulgou taxas de confiabilidade interavaliadores entre 0,84 e 0,90 para a escala que desenvolvera de 17 itens. Bagby e colaboradores (2004) encontraram, a partir de uma revisão sistemática, valores de CCI entre 0,46 e 0,99, evidenciando que a HAM-D pode apresentar confiabilidade interavaliadores apenas moderada para a pontuação total. Até o momento, todos os estudos que avaliaram esta medida para a GRID-HAMD encontraram valores considerados adequados para a pontuação total, com um predomínio de resultados quase perfeitos e apenas alguns considerados substanciais, sem resultados abaixo desta categoria. (TABUSE et al, 2007; WILLIAMS et al. 2008)

Dividindo os participantes do treinamento de acordo com a presença ou ausência de experiência prévia no uso da HAM-D, os valores do CCI foram considerados quase perfeitos para os vídeos 1, 2 e 3 e quase perfeitos ou substanciais para o vídeo 4. Os resultados desta medida e os valores da estatística p demonstraram que esta característica não promoveu uma melhor confiabilidade interavaliadores, em 7 das 8 comparações realizadas. A CCI apresentou aumento estatisticamente significativo apenas para o vídeo 3, quando avaliado depois do treinamento, porém ambas as medidas se mantiveram em níveis quase perfeitos. Esta análise sinaliza que a GRID-HAMD não exige necessariamente pesquisadores com experiência prévia na HAM-D para que se obtenha confiabilidade interavaliadores adequada. Esta característica do citado instrumento de pesquisa é bastante vantajosa, pois alguns autores já vinham referindo sobre a diferença de níveis de experiência que comumente existe entre pesquisadores de um mesmo ensaio clínico. (MÜLLER; GRAGICEVIC, 2003; WILLIAMS, 2001)

Quando os participantes foram agrupados de acordo com características de formação acadêmica ou experiência, observou-se que, para a maioria dos agrupamentos, não houve diferença estatisticamente significativa, quando foram comparados entre as avaliações antes e depois do treinamento (apresentaram p maior que 0,05), salvo as seguintes exceções:

Vídeo 1

- a) participantes que não possuem mestrado;
- b) participantes com nenhuma ou pouca experiência clínica;
- c) participantes com nenhuma ou pouca experiência no uso de escala em contexto clínico.

Vídeo 3

- a) participantes com nenhuma ou pouca experiência clínica.

De modo geral, em todos os grupos de profissionais experientes e em muitos de profissionais com menor experiência, o treinamento não promoveu impacto na confiabilidade interavaliadores, excetuando-se os grupos sumarizados acima, os quais compartilham o fato de conterem indivíduos com menor nível de experiência.

Entre os avaliadores, 85,9% consideraram o uso da GRID-HAMD “moderadamente fácil” ou “muito fácil”. Apenas um participante considerou a escala “nem um pouco fácil” de ser utilizada; 83,4% dos avaliadores que conheciam a HAM-D opinaram que as convenções da GRID-HAMD eram muito melhores ou extremamente melhores que o instrumento original e 70% dos que conheciam a SIGH-D consideraram as convenções da GRID-HAMD “muito melhores” que as daquele guia de entrevista estruturada. O estudo-piloto de Williams e

colaboradores (2008) mostrou que 75% dos avaliadores referiram que a GRID-HAMD é “fácil” ou “muito fácil” de ser utilizada e que 100% deles consideraram as convenções desta escala “um pouco melhores” ou “muito melhores” que os padrões das escalas que utilizavam nos seus centros de pesquisa. Ainda, 85,9% da nossa amostra opinaram que a GRID-HAMD é um instrumento muito útil ou extremamente útil para fins de pesquisa. Quanto ao tempo para a aplicação, 62,4% da nossa amostra consideraram-no adequado.

Foram detectadas algumas limitações deste estudo. Não foi avaliada a confiabilidade interavaliadores para os itens individuais da GRID-HAMD traduzida para o português brasileiro, o que decorreu de dificuldades estatísticas para se atingir esse tipo de análise. Outro limite diz respeito ao dado de opinião dos avaliadores acerca da utilidade da GRID-HAMD para fins de pesquisa, pois a maioria tinha nenhuma ou apenas pouca experiência no uso de escalas em contexto de pesquisa e talvez não dispusessem de arca-bouços teórico e prático suficiente para opinar sobre este aspecto. Ainda, apesar deste estudo ter avaliado a experiência clínica da amostra, não investigou especificamente a experiência com pacientes deprimidos. Por fim, não foi realizado, até o momento, o estudo de validação da GRID-HAMD em língua portuguesa, entretanto esta equipe de pesquisadores já está em processo de preparação dessa etapa, para dar seguimento às pesquisas envolvendo este instrumento traduzido para a língua portuguesa.

O processo de tradução e adaptação transcultural da GRID-HAMD levou-nos a concluir que este instrumento está disponível para o uso em ensaios clínicos ou outros modelos científicos realizados no contexto cultural brasileiro, apesar de estudo de validação ainda ser recomendado.

A partir dos dados obtidos no treinamento para a utilização da GRID-HAMD nas cidades de Salvador e Recife, conclui-se que:

- a) a maioria dos participantes do treinamento para a aplicação da GRID-HAMD estava constituída por profissionais graduados em Psicologia, sem títulos de pós-graduação (mestrado, doutorado ou especialização), com moderada ou muita experiência clínica, com nenhuma ou pouca experiência no uso de escalas;
- b) quanto à experiência prévia no uso da HAM-D, a maior parte da amostra estava constituída por sujeitos sem experiência alguma na aplicação dessa escala;
- c) a confiabilidade interavaliadores da GRID-HAMD-17 e -21 traduzidas para a língua portuguesa apresentou níveis de confiabilidade considerados adequados (“quase perfeitos” para os vídeos 1, 2 e 3 e “substanciais” para o vídeo 4), tanto para avaliadores experientes, quanto inexperientes no uso anterior da HAM-D;
- d) o CCI já atingiu as categorias de valores “quase perfeitos” e “substanciais”, antes mesmo da realização do treinamento, tomando por base a amostra total ou os níveis de experiência acadêmica e/ou profissional;
- e) o treinamento não gerou impacto estatisticamente significativo para a confiabilidade interavaliadores da amostra total e da maioria dos grupos, entretanto, para 3 grupos na avaliação do vídeo 1 e 1 grupo na avaliação do vídeo 3, todos caracterizados por um menor nível de experiência, o treinamento gerou aumento estatisticamente significativo da confiabilidade interavaliadores, sugerindo que, para pesquisadores com menor experiência, o treinamento ainda é necessário;
- f) a maioria dos participantes do treinamento considerou a GRID-HAMD um instrumento “muito útil” ou “extremamente útil” para fins de pesquisa,

“moderadamente fácil” ou “muito fácil” de ser utilizado e com “aplicação em tempo adequado”. Entre os que conheciam previamente a HAM-D, a maioria considerou que a GRID-HAMD apresenta convenções “muito melhores” ou “extremamente melhores” que as daquele instrumento original; e entre os que conheciam a SIGH-D, a maioria considerou as convenções da GRID-HAMD “muito melhores” que as daquele guia de entrevista estruturada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 345-417. 880 p.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area en the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatr Epidemiolol**. v. 37, p. 316-325, 2002.

ANDREWS, L.W. Encyclopedia of depression. Santa Barbara: Greenwood, 2010, v. 1. p. 229-231.

BAGBY, R.M. et al. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? **Am J Psychiatry**. v. 161, p. 2163-2177, 2004.

BALLESTEROS, J. et al. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). **J Affect Disord**. v. 102, p. 93-99, 2007.

BECH, P.; KASTRUP, M; RAFAELSEN, O.J. Minicompendium of rating scales for anxiety, depression, mania, schizophrenia and corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand*. v. 73, suppl. 326, 1986.

BECH, P. et al. Quantitative rating of depression states. **Acta Psychiatric Scand**. v. 51, p. 161-170, 1975.

BECH, P. et al. Why the Hamilton Depression Rating Scale endures. **Am J Psychiatry**. v. 162, n. 12, p. 2396, 2005.

BECK, A.T. et al. **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. Psychological Corporation, San Antonio, 1996.

BECK, A.T. et al., An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**. v. 4, p. 53-63, 1961.

BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. **Journal of Gerontology**. v. 58A, n. 3, p. 249-265, 2003.

BRANCO, B.M. et al. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In: LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 13-26.

BRUNO, M. Pesquisa clínica. In.: SENA, E.P. et al. **Irismar - psicofarmacologia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 135-140.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Edit.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia** São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 65-69.

CARROLL, B.J. Why the Hamilton Depression Rating Scale endures. **Am J Psychiatry**. v. 162, n. 12, p. 2395, 2005.

CHAPMAN, D.P.; PERRY, G.S. Depression as a major component of public health for older adults. **Prev Chronic Dis**, Atlanta, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm>. Acesso em 09 abr. 2010.

CICHETTI, D.V.; PRUSOFF, B.A. Reliability of depression and associated clinical symptoms. **Arch Gen Psychiatry**. v. 40, p. 987-990, 1983.

CORRUBLE, E.; HARDY, P. Why the Hamilton Depression Rating Scale endures. **Am J Psychiatry**. v. 162, n. 12, p. 2394, 2005.

CRIPPA J.A. et al., A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. **Acta Psychiatr Scand**. v. 103, n. 6, p. 465-470, 2001.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **J Bras Psiquiatr**. v. 54, n. 3, p. 170-176, 2005.

DEPRESSION RATING SCALE STANDARDIZATION TEAM (DRSST). **GRID-HAMD-17, GRID-HAMD-21: Structured Interview Guide**. San Diego, International Society for CNS Drug Development, 2003.

ENNS, M.W.; LARSEN, D.K.; COX, B.J. Discrepancies between self and observer ratings of depression: the relationship to demographic, clinical and personality variables. **J Affect Disord**. v. 60, p. 33-41, 2000.

FOSTICK, L. et al. The economic impact of depression: resistance or severity? **Eur Neuropsychopharmacol**. v. 20, p. 671-675, 2010.

FURUKAWA, T.A. Assessment of mood: guides for clinicians. **J Psychosom Res**. v. 68, p. 581-589, 2010.

FURUKAWA, T.A. et al. Cross-cultural equivalence in depression assessment: Japan-Europe-North America study. **Acta Psychiatr Scand**. v. 112, p. 279-285, 2005.

GALLUCCI NETO, J.; CAMPOS JÚNIOR, M. S.; HÜBNER, C. V. K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): Revisão dos 40 anos de sua utilização. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Edit.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia** São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 89-95.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D.M.. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pro Fono**. v. 20, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2008.

GOTLIB, I.H.; HAMMEN, C. L. Handbook of Depression. 2. ed. Nova Iorque: Guilford Press, 2010. p. 46-47.

GREENBERG, P.E. et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? **J Clin Psychiatry**. v. 64, n. 12, p. 1465-1475, 2003.

GRINBERG, L.P. Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. **Rev Bras Med**. v. 63, n.7, p. 317-330, 2006.

GRUNDY, C.T. et al. The Hamilton Rating Scale for Depression: one scale or many? **Clin Psychol**. v. 1, n. 2, p. 197-205, 1994.

GUIMARAES, J.M.N.; CALDAS, C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas. **Rev Bras Epidemiol**. v. 9, n. 4, p. 481-492, 2006.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. v. 23, p. 56-62, 1960.

HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br J Soc Clin Psychol**. v. 6, p. 278-296, 1967.

HARVARD SCHOOL OF MEDICINE. **National Comorbidity Survey (NCS) and National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)**. Boston, 2005. Disponível em: <<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

HOOIJER, C. et al. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): changes in scores as a function of training and version used. **J Affect Disord**. v. 22, p. 21-29, 1991.

IANNUZZO, R.W. et al. Development and reliability of the HAM-D/MADRS Interview: an integrated depression symptom rating scale. **Psychiatry Res**. v. 145, p. 21-37, 2006.

KALALI, A. et al. The new GRID HAM-D: pilot testing and international field trials. **Int J Neuropsychopharmacol**. v. 5, p. S147-148, 2002.

KRISTON, L.; VON WOLFF, A. Not as golden as standards should be: interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. **J Affect Disord**. v. 128, n. 1-2, p. 175-177, jan. 2011.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**. v. 33, p. 159-174, 1977.

LEWIS, M. **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 1495 p.

LUBISCO, N.M.L.; VIEIRA, S.C.; SANTANA, I.V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4a. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Edit.) **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**, São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 23-28.

MOBERG, P.J. et al. Comparison of the standard and structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale in depressed geriatric inpatients. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 9, p. 35-40, 2001.

MONTGOMERY, A.S.; ÅSBERG, M. New depression scale designed to be sensitive to change. **Br J Psychiatry**. v. 134, p. 382-289, 1979.

MICROSOFT CORPORATION. **Windows Live® Movie Maker**. versão 2011. Redmond: Microsoft Corporation, 2010.

MIRANDA-SCIPPA, A.M.A. et al. Tratamento da depressão maior. In:.; SENA, E.P. et al. **Irismar - psicofarmacologia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 135-140.

MOBERG, P.J. et al. Comparison of the standard and structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale in depressed geriatric inpatients. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 9, p. 35-40, 2001.

MORENO, A.M.; MORENO, D.H. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) E Montgomery-Åsberg (MADRS). In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 71-87.

MORRISS, R. et al. Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. **J Affect Disord**, v. 111, p. 204-213, 2008.

MÜLLER, M.J.; DRAGICEVIC, A. Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17) in psychiatric novices. **J Affect Disord**. v. 77, p. 65-69, 2003.

MULSANT, B.H. et al. Interrater reliability in clinical trials of depressive disorders. **Am J Psychiatry**. v. 159, p. 1598-1600, 2002.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 28, n. 3, p. 212-217, 2006.

OZAKI, N. et al. Cross-cultural equivalence in depression assessment: Japan-Europe-North American study. **Acta Psychiatr Scand**. v. 112, p. 279-285, 2005.

PAN, A.W.; CHAN, P.Y.S.; CHUNG, L. et al. Quality of life in depression: predictive models. **Qual Life Res**. v. 15, n. 1, p. 39-48, 2006.

PRASAD, M.K. et al. Inter-rater reliability of Hamilton Depression Rating Scale using video recorded interviews-focus on rater-blinding. **Indian J Psychiatry**. v. 51, n. 3, p. 191-194, 2009.

QUARANTINI, L.C. et al. Depressão e doenças físicas In: LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 99-122.

- RAZZOUK, D.; ALVAREZ, C.E.; MARI, J.J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 27-37.
- ROMERA, I. et al. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. **Psychiatry Res.** v. 186, n. 1, p. 133-137, 2011.
- ROSEN, J. et al. Web-based training and interrater reliability testing for score the Hamilton Depression Rating Scale. **Psychiatry Res.** v. 161, p.126-130, 2008.
- SALOMA, A.C. et al. Depressão na infância e na adolescência. In: LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 49-65.
- SARTORIUS, N. The economic and social burden of depression. **J Clin Psychiatry** v. 62, suppl. 15, p. 8-11, 2001.
- SCHIMITT, R.L. et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da escala Social Rhythm Metric-17 (SEM-17) para a população angolana. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.** v. 33, n. 1, p. 28-34, 2011.
- SILVA, I.; ALMEIDA, A.C.G.O.; QUARANTINI, L.C. Depressão durante a gravidez e a lactação. In: LACERDA, A.L.T. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 67-84.
- SNAITH, R.P. Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observations on method of assessment in research of depressive disorders. **Br J Psychiatry.** v. 168, p. 594-597, 1996.
- SOBOCKI, P. et al. Cost of depression in Europe. **J Ment Health Policy Econ.** v. 9, n. 2, p. 87-98, 2006.
- SPSS for Windows. versão 17.0. Chicago: SPSS Inc., 2008.
- STAHL, S.M. **Stahl's Essential Psychopharmacology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 453-510.
- TABUSE, H. et al. The new GRID Hamilton Rating Scale for Depression demonstrates excellent inter-rater reliability for inexperienced and experienced raters before and after training. **Psychiatry Res.** v. 153, p. 61-67, 2007.
- THOMAS, C.M.; MORRIS, S. Cost of depression among adults in England in 2000. **Br J Psychiatry.** v. 183, n. 6, 2003.
- VILELA et al. Reliability and validity of a portuguese version of the Young Mania Rating Scale. **Braz J Med Biol Res.** v. 38, n. 9, p. 1429-1439, 2005.
- WILLIAMS, J.B.W. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. **Arch Gen Psychiatry.** v. 45, p. 742-747, 1988.

_____. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present and future. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. v. 251, suppl. 2, p. II6-III2, 2001.

WILLIAMS, J.B.W. et al. The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. **Int Clin Psychopharmacol**. v. 23, p. 120-129, 2008.

WONG, M. História e epidemiologia da depressão. In: LICINIO, J. WONG, M. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007. pp. 15-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health, new understanding, new hope. **The world health report**. Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en>>. Acesso em 10 abr. 2010.

ZIMMERMAN, M.; POSTERNAK, M.A.; CHELMINSKI, I. Is it time to replace the Hamilton Depression Rating Scale as the primary outcome measure in treatment studies of depression? **J Clin Psychopharmacol**. v. 25, p. 105-110, 2005.

APÊNDICE A – Questionário sobre formação acadêmica e experiência profissional

Treinamento GRID-HAMD

NÚMERO DO AVALIADOR:

Curso de Graduação: **Tempo de formado:**

Pós-Graduação: () Sim () Não

Tipo: () Mestrado () Doutorado () Residência () Especialização

Situação: () Concluída () Em curso () Interrompida

Tempo de conclusão da(s) Pós-Graduação(ões):.....

Área do conhecimento:.....

Atividade profissional atual:

Experiência Clínica: () Nenhuma () Pouca () Moderada () Muita

Tempo:

Experiência em uso de escalas de avaliação:

() Não

() Sim, em pesquisa: () Nenhuma () Pouca () Moderada () Muita

Tempo:

() Sim, em contexto clínico () Nenhuma () Pouca () Moderada () Muita

Tempo:

Experiência no uso da HAM-D (Hamilton)?

() Nenhuma () Pouca () Moderada () Muita

Quantas vezes aplicou a HAM-D? () nenhuma () 1 a 5 vezes () 6 ou mais vezes

Passou por treinamento formal para a utilização da HAM-D? () Sim () Não

APÊNDICE B – GRID-HAMD traduzida para a língua portuguesa

GRID-HAMD-17

GRID-HAMD-21

Guia de entrevista estruturada

H	A	M	D
A			
M			
D			

Copyright © 2003, International Society for CNS Drug Development, San Diego, CA, EUA

Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO AO GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA GRID-HAMD

GRID-HAMD-17

GRID-HAMD-21

A Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAMD) é uma versão modificada da escala popular de avaliação de depressão, desenvolvida por Max Hamilton em 1960. Uma dificuldade em aplicar versões anteriores da HAMD é que duas dimensões importantes da gravidade da doença – intensidade e frequência – devem ser consideradas através de uma única avaliação. Entretanto, não há diretrizes para o avaliador a fim de ajudar a determinar a contribuição de ambas na gravidade do sintoma. A GRID-HAMD foi desenvolvida para permitir que o avaliador considere as dimensões intensidade e frequência independentemente para cada item relevante na escala.

A intensidade do sintoma é considerada no “eixo vertical” e a frequência do sintoma, no “eixo horizontal”. A intensidade do sintoma, que inclui grau de magnitude do sintoma, bem como sofrimento subjetivo e prejuízo funcional, é pontuado como “ausente, leve, moderada, grave e muito grave”. A frequência do sintoma é pontuada como “ausente, ocasional, grande parte do tempo, quase todo o tempo”. Exemplos de graus de intensidade e frequência são fornecidos na própria GRID.

A GRID-HAMD foi desenvolvida para simplificar e padronizar a aplicação e a pontuação, na prática e na pesquisa clínica. A descrição dos itens foi modificada para aumentar a confiabilidade da escala e sua relevância para os pacientes deprimidos ambulatoriais. A GRID-HAMD inclui um guia de entrevista estruturada e um conjunto de convenções de avaliação. Como muitas outras entrevistas psiquiátricas semi-estruturadas, a GRID-HAMD é destinada ao uso por pessoas que receberam treinamento adequado para avaliar o humor em uma população deprimida e no uso da própria GRID-HAMD.

A GRID-HAMD foi desenvolvida pelo Grupo Núcleo do *Depression Rating Scale Standardization Team* (DRSST): Per Bech, M.D., Nina Engelhardt, PhD, Ken Evans, PhD, Amir Kalali, M.D., Kenneth Kobak, PhD, Josh Lipsitz, PhD, Jason Olin, PhD, Jay Pearson, PhD, Margaret Rothman, PhD, Janet B. W. Williams, DSW.

GRID-HAMD

INSTRUÇÕES PARA USO

A GRID-HAMD pode ser impressa ou pontuada eletronicamente. Em ambos os casos, aplicam-se as seguintes instruções:

1) Questões em negrito devem ser perguntadas da forma como estão redigidas. As questões subsequentes, entretanto, são fornecidas para uso quando informação complementar ou esclarecimento adicional são necessários. Estas questões subsequentes devem ser perguntadas literalmente, a não ser que você tenha informações suficientes para pontuar o item com segurança. Questões entre parênteses são opcionais. Suas próprias perguntas podem ser feitas para obter informações adicionais. Frequentemente isso implica em pedir exemplos específicos (ex.: pensamento de culpa) ou exigir mais detalhes de uma forma aberta (ex.: "descreva..." "fale-me mais sobre..."). Uma vez que você estabeleça como o paciente vivencia o sintoma, use a tabela de intensidade e frequência para determinar a pontuação específica.

2) Frases em letras maiúsculas são direcionadas aos avaliadores. Frases em letras maiúsculas (ex.: "SE SIM") são instruções para o avaliador e não são para serem lidas para o paciente.

3) Vírgulas significam OU e não E. Quando uma lista de sintomas ou descrições é separada por vírgulas, as vírgulas devem ser lidas como OU e não com E. Por exemplo, Humor Deprimido Leve pode se manifestar por "sentimentos de tristeza, OU desânimo, OU baixa auto-estima, OU pessimismo".

4) Convenções para pontuação estão localizadas junto a cada item na GRID-HAMD. Há também um espaço na parte inferior de cada página para escrever notas.

5) Indique sua pontuação marcando, ou clicando uma vez com o mouse, no espaço que corresponde a frequência e gravidade apropriadas para um item. Se você estiver preenchendo a GRID-HAMD no computador, sua pontuação para um item aparecerá automaticamente em cada página no canto inferior-direito. A pontuação total computada automaticamente aparecerá no final da GRID-HAMD-17 ou -21.

A GRID-HAMD (17- e 21-itens, em inglês) (em inglês) está situada em <http://www.iscdd.org/>. A GRID-HAMD pode ser impressa ou pontuada eletronicamente. Para baixar a GRID-HAMD, clique na aba "Recursos" no *website*. Para dados psicométricos, entre em contato com International Society for CNS Drug Development, 10201 Wateridge Circle, San Diego CA, 92121, aos cuidados de Dr. Amir Kalali.

DIRETRIZES GERAIS

A GRID-HAMD apresenta um formato para integrar as duas dimensões mais importantes da gravidade do item – intensidade e frequência do sintoma. Apesar da GRID-HAMD simplificar a pontuação, esta escala foi desenvolvida para ser usada por um clínico treinado com experiência em avaliar pacientes deprimidos.

Pontue a gravidade dos sintomas no período dos últimos 7 dias. A GRID-HAMD foi projetada para avaliar a gravidade da depressão na última semana comparada com o habitual (não-deprimido) próprio. Considere a semana inteira. Por exemplo, se o paciente se sentiu melhor nos últimos três dias, ainda considere os quatro dias prévios para fazer a avaliação pela média da intensidade e da frequência do(s) sintoma(s) ao longo da semana. Além disso, certifique-se que está claro para o paciente o intervalo do tempo e que ele entenda que a “última semana” significa os últimos 7 dias e não desde o fim-de-semana.

Mudança em relação à fase pré-mórbida. Geralmente um sintoma é considerado presente apenas se reflete uma mudança em relação ao período antes do início da depressão. O entrevistador deve tentar identificar o período de 2 meses de funcionamento sem depressão e usá-lo como um ponto de referência. Por exemplo, insônia crônica, que existia antes do início da depressão, não é pontuada, a menos que a insônia tenha piorado com a depressão. Entretanto, pode ser difícil determinar o início dos sintomas depressivos. O entrevistador deve usar julgamento clínico para decidir se os sintomas crônicos são parte de uma depressão pré-existente (neste caso, eles são considerados como presentes). Perceba a exceção seguinte para um transtorno de ansiedade co-mórbido com depressão: um sintoma é considerado presente se faz parte de um transtorno de ansiedade co-mórbido (ex.: transtorno do pânico), mesmo se este transtorno preceder o início da depressão e não tiver piorado com a depressão.

Diretrizes da GRID. As diretrizes para pontuação devem ser aplicadas usando julgamento clínico. O avaliador tem alguma margem para aumentar ou diminuir a pontuação em um ponto, quando as âncoras da GRID não apreendem adequadamente a gravidade clínica. Isso pode acontecer em menos de 10% das avaliações.

Não pontue “acima” ou “abaixo”. O entrevistador deve sempre escolher a pontuação que melhor se adapte à GRID. A investigação deve continuar até que a informação positiva seja concluída ou rejeitada e o entrevistador esteja seguro da escolha da pontuação.

Evite o “efeito halo”. Cada item na GRID-HAMD tem uma avaliação independente. Não permita que o quadro global ou um sintoma proeminente (ex.: ideação suicida) influencie a avaliação dos outros itens. Entretanto, os pacientes algumas vezes relatam voluntariamente informações durante um item que é relevante para um item diferente e estas informações devem ser consideradas.

Função do comprometimento/incapacidade. Incapacidade ou comprometimento da capacidade são dimensões de gravidade, e os sintomas mais incapacitantes são habitualmente pontuados como mais graves. Entretanto, os itens da HAMD diferem em relação a se o comprometimento é um componente necessário para a gravidade. Por exemplo, humor deprimido pode ser avaliado como grave mesmo se o paciente fizer suas tarefas.

Considere a extensão completa da gravidade. A GRID-HAMD foi modificada para fazer avaliações mais convenientes para pacientes ambulatoriais. Entretanto, a escala ainda incorpora avaliações de gravidade para a extensão completa da doença depressiva (incluindo pacientes internados gravemente deprimidos). Por esta razão, algumas pontuações (ex.: “2” – “negação completa” no item “percepção de doença”) podem raramente ser atingidas em populações moderadamente doentes.

Atribuições. Se um sintoma refletir uma mudança em relação ao estágio pré-mórbido, pontue-o positivamente, sem levar em consideração a atribuição ou causa do sintoma. Por exemplo, se o paciente relata uma dor no estômago durante a última semana e não tem certeza se ocorreu em decorrência de alimentos ingeridos ou sensação de tensão, pontue positivamente a dor no estômago. Uma exceção a esta regra ocorre quando o entrevistador está certo de que um sintoma é claramente atribuído a uma fonte outra que não a depressão. Por exemplo, se um paciente relata que sentiu-se nauseado uma vez durante a última semana enquanto andava de roda-gigante (e roda-gigante “sempre” faz o paciente sentir-se nauseado), não pontue a náusea.

GRID-HAMD

RG do paciente:	
Iniciais do paciente:	
Nome do avaliador:	
Data (dd/mm/aaaa)	

Visão geral

Eu queria perguntar algumas questões sobre a última semana. Como você se sentiu desde o(a) último(a) (DIA DA SEMANA)?

Notas:

Na Avaliação Inicial

Quando foi a última vez que você passou 2 meses com o humor "normal"?

Notas:

1. Humor Deprimido

Frequência				
Este item avalia sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo e inutilidade. Nota: Esta não é uma avaliação global da doença depressiva.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sentimentos de tristeza, desânimo, baixa auto-estima, pessimismo.	0	1	1	2
Moderado Sinais não-verbais evidentes de tristeza (como tendência a chorar), sentimentos de desesperança, desamparo ou inutilidade sobre alguns aspectos da vida.		1	2	3
Grave Tristeza, choro, desesperança intensos relacionadas a alguns aspectos da vida, sentimentos de completo desamparo ou inutilidade.		2	3	4
Muito Grave Tristeza extrema, desesperança ou desamparo inabaláveis.		3	4	4
<p>Como esteve seu humor na última semana (compare com quando você esteve se sentindo bem)?</p> <p>Você se sentiu desanimado(a) ou deprimido(a)? Triste ou desesperançoso(a)? Desamparado(a)? Inútil? (Você pode descrever como esse sentimento tem sido para você? Quanto este sentimento é ruim?)</p> <p>Este sentimento desaparece se alguma coisa boa acontece? (Desaparece completamente ou fica apenas menos intenso?)</p> <p>Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?</p> <p>Como você está se sentindo em relação ao futuro?</p> <p>Você tem chorado? SE SIM: Com que frequência?</p> <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira? Por quanto tempo você se sentiu desta maneira? Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) <p>Notas</p>		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Este item NÃO deve ser considerado uma medida global da gravidade da depressão. O item 1 avalia um dos sintomas centrais da depressão. Flutuações normais do humor sem significado clínico devem ser contabilizadas como "0". Considere humor deprimido mesmo se o(a) paciente atribuir o humor a problemas reais de vida (ex.: deprimido devido a problemas no trabalho, conflito conjugal). Alguns pacientes descrevem sentimentos de humor abatido sem reconhecer "tristeza" ou "depressão" (ex.: "desanimado", "para baixo", "entorpecido"). Considere como sintomático. Sinais não-verbais (ex.: postura curvada, contato ocular infrequente, testa franzida, expressão facial triste) também são considerados para determinar a gravidade Não contabilize humor raivoso, irritável ou ansioso neste item. 		

GRID-HAMD

Pontuação do item:

2. Culpa

Frequência				
Culpa é definida como a percepção de ter feito algo ruim ou errado e é acompanhada por sentimentos de remorso ou vergonha. Culpa é considerada apenas se for excessiva ou irrealista.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Auto-crítica, auto-reprovação (ex.: "Eu decepcionei as pessoas.")	0	1	1	2
Moderado Sentimentos de culpa, remorso, vergonha; crença de que fez algo ruim ou errado		1	2	3
Grave Sentimentos generalizados de culpa; sente que a doença é uma punição por atos pecaminosos.		2	3	4
Muito Grave Delírios, alucinações.			4	4

Você se sentiu particularmente auto-crítico(a) nesta última semana ou sentiu como se tivesse decepcionado os outros? SE SIM: Quais foram esses pensamentos?

Na última semana, você se sentiu culpado(a) por alguma coisa que você fez ou deixou de fazer? (SE SIM: De que você se sentiu culpado(a)?) (E em relação a coisas que aconteceram há muito tempo?)

Quanto você se sentiu culpado(a) nesta última semana?

Você sente que sua depressão é uma punição por algo ruim que você fez?

(Você ouviu vozes ou teve visões na última semana? SE SIM: Fale-me sobre isso.)

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu desta maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Auto-reprovação realista não é pontuada (ex.: sentindo-se mal em algum grau por estar atrasado(a) no trabalho ou não tomar conta das crianças quando isso é realmente um problema), a não ser que o(a) paciente insista nisso excessivamente.
- Sentimentos vagos de baixa auto-estima (ex.: sentindo-se não-atrativo(a) para o sexo oposto) não são pontuados, a não ser que a baixa auto-estima esteja associada com auto-reprovação ou censura.
- Distinguir entre crenças de que o(a) paciente é responsável pela depressão por erros que cometeu na sua vida (intensidade leve ou moderada) e a crença de que a depressão é uma punição por coisas ruins que ele(a) fez (intensidade grave).
- Sentimentos de inutilidade são um aspecto do humor deprimido (item 1) e não são pontuados aqui a menos que sejam acompanhados por culpa.

GRID-HAMD

Pontuação do item:

3. Suicídio

Frequência				
Este item avalia a extensão completa da gravidade da ideação e comportamento suicida.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sente que não vale a pena viver, mas não expressa desejo de morrer (ex.: "Eu não me importo se eu viver ou morrer")	0	1	1	2
Moderado Deseja estar morto; pensa em morrer, mas sem planos ou intenções específicas (ex.: "Se eu fosse atingido por um ônibus, eu não me importaria" "Eu gostaria de dormir e nunca mais acordar")		1	2	3
Grave Plano ou intenção suicida clara; atos suicidas (ex.: tomando alguns comprimidos para dormir)		3	3	4
Muito Grave Tentativas de suicídio		4	4	4

Nesta semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver? SE SIM: Sobre o que você pensou?

Você pensou que seria melhor estar morto? SE SIM: Você pode me falar mais sobre isso?

Você teve pensamentos de se matar ou se ferir? SE SIM: O que você pensou sobre isso? Você fez alguma coisa de fato para se ferir?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu desta maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Perceba que alguns pacientes podem tentar esconder ou minimizar pensamentos ou comportamentos suicidas.
- Não pontue sentimentos de desânimo e alienação (ex.: "Qual a utilidade", "Ninguém liga", etc.) a não ser que estejam associados com pensamentos de que não vale a pena viver.
- Preocupações com morte, na ausência de desejo de morrer, são classificadas como intensidade leve.
- Sentimentos de que a vida é um peso e o desejo de fugir, *sem pensamentos claros de suicídio ou morte*, são classificadas como intensidade leve.
- Gestos ou tentativas suicidas são pontuados positivamente mesmo se o(a) paciente descreve os comportamentos como um grito de socorro ou ato de vingança.
- Pensamentos ou planos suicidas são pontuados positivamente mesmo se houver uma razão lógica (ex.: doenças terminais).

GRID-HAMD

Pontuação do item:

4. Insônia Inicial

Frequência				
Tempo para iniciar o sono.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos para adormecer	0	1	1	2
Acentuado 1 hora ou mais para adormecer		1	2	2
<p>Eu gostaria de perguntar a você sobre o seu sono na última semana.</p> <p>Quais eram seus horários habituais para dormir e acordar antes disso começar?</p> <p>Na última semana, você teve dificuldade para adormecer no início da noite?</p> <p>Quanto tempo foi necessário para você adormecer?</p> <p>O tempo que você fica tentando pegar no sono mudou desde que você tem estado deprimido?</p> <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você teve dificuldade para adormecer? Quantas noites na última semana? (Isso aconteceu todas as noites?) 		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas. Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas <u>evidentes</u>, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc. Insônia inicial é pontuada mesmo se o(a) paciente vai para a cama tarde porque é incapaz de adormecer. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, pontue a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência da insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir. 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

5. Insônia Intermediária

Frequência				
Após adormecer e até 2 horas antes do horário habitual de acordar	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos acordado	0	1	1	2
Acentuado 1 hora ou mais acordado		1	2	2
<p>Na última semana, você acordou no meio da noite? SE SIM: Quanto tempo foi necessário para você voltar a adormecer?</p> <p>Seu sono foi agitado ou perturbado? SE SIM: Em quantas noites nesta semana o seu sono foi agitado?</p> <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, quantas vezes em cada noite você acordou? Em quantas noites na última semana isso aconteceu? 		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas. Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas <u>evidentes</u>, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc. Pontue todos os itens de insônia que se aplicam. Ex., se um(a) paciente acorda no meio da noite a não mais consegue voltar a dormir, considere insônia intermediária e terminal. Não pontue acordar para usar o banheiro, a menos que lhe seja necessário ≥ 30 minutos para voltar a adormecer. Sair da cama não é necessário para contabilizar 2. Para despertares curtos e frequentes, some o tempo total acordado (ex.: 10 + 10 + 10 = 30 minutos). Inquietação, sem estar acordado(a) mais que um total de 30 minutos, pode merecer um valor de 1, apenas se isso ocorrer em grande parte do tempo ou quase todo o tempo. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, considere a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir. 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

6. Insônia Terminal

Frequência				
Até 2 horas antes do horário habitual de despertar. Pode permanecer acordado durante esse período ou pode voltar a dormir após despertar completamente.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos acordado	0	1	1	2
Acentuado 1 hora ou mais acordado		1	2	2

Nesta última semana, em que horário você tem acordado pela manhã pela última vez? (COMPARE COM O HORÁRIO DE DESPERTAR PRÉ-MÓRBIDO)
SE PRECOCE: Isso acontece com o despertador ou você acorda por conta própria?

Você conseguia voltar a dormir?

Quanto tempo geralmente você leva para voltar a dormir?

Frequência

- Durante a última semana, em quantas manhãs você acordou mais cedo que o seu habitual?

Convenções

- Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas.
- Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas evidentes, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc.
- Não pontue acordar para usar o banheiro, a menos que lhe seja necessário ≥ 30 minutos para voltar a adormecer.
- Sair da cama não é necessário para contabilizar 2.
- Para despertares curtos e frequentes, some o tempo total acordado (ex.: $10 + 10 + 10 = 30$ minutos).
- Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, considere a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência da insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir.

Notas

GRID-HAMD

Pontuação do item:

7. Trabalho e Atividades

Frequência				
Este item avalia falta de interesse ou prazer e o comprometimento da capacidade de funcionamento no trabalho dentro e fora de casa, atividades de lazer e relações sociais e familiares.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Alguma redução no interesse ou prazer, mas sem comprometimento evidente no funcionamento	0	1	1	2
Moderado Redução significativa no interesse ou prazer ou comprometimento evidente no funcionamento		1	2	3
Grave Redução profunda no interesse, prazer e funcionamento		2	3	4
Muito Grave Incapaz de trabalhar; necessita de ajuda para executar atividades de auto-cuidado; incapaz de funcionar sem assistência		3	4	4
<p>Como você passou seu tempo nesta última semana (quando não estava no trabalho)?</p> <p>Você se sentiu interessado(a) em fazer (essas coisas) ou você sentiu que teve que se esforçar para fazê-las?</p> <p>Antes disso (depressão) começar, que tipo de coisas você gostava de fazer? Você parou de fazer alguma coisa que costumava fazer?</p> <p>E em relação a passatempos? SE SIM: Por quê?</p> <p>SE TRABALHA (DENTRO OU FORA DO DOMICÍLIO): Você foi capaz de fazer a mesma quantidade (de trabalho) que costumava fazer? Quanto menos?</p> <p>Você teve que se esforçar para fazer as coisas? SE SIM: Quanto isso foi difícil?</p> <p>Quanto tempo você passou com sua família e amigos? Isso é menos que o habitual?</p> <p>Gravidade</p> <ul style="list-style-type: none"> Quanto menos interessado nas coisas você se sentiu nesta última semana? Quanto menos prazer você teve com as coisas? Quanto mais difícil foi pra você fazer o seu trabalho na última semana? <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira? Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira? Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) 		<p>Convenções</p> <p>Este item avalia três dimensões que às vezes podem ser independentes: perda de interesse, perda de prazer e comprometimento. Intensidades grave e muito grave exigem prejuízo em todos os três domínios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Considere vários domínios de funcionamento (trabalho, domicílio, atividades recreativas), dando maior peso aos papéis que tomam o maior tempo ou são mais importantes para o(a) paciente. Comprometimento é evidenciado por diminuição do tempo dedicado às atividades, diminuição da produtividade ou ambos. Intensidade grave exige comprometimento no funcionamento das atividades principais ou em múltiplos domínios. Se desempregado(a), considere razões pelas quais o(a) paciente não está trabalhando. Pontue muito grave apenas se o(a) paciente estiver <u>incapaz</u> para trabalhar em decorrência da depressão. Não pontue inatividade se for mais bem explicada por fadiga ou energia reduzida (ex.: quando o(a) paciente tenta trabalhar, mas está muito cansado(a) para continuar). 		

GRID-HAMD

Pontuação do item:

8. Retardo Psicomotor

Este item avalia retardo nos movimentos e na fala observado durante a entrevista.	
Intensidade do sintoma	
Ausente	0
Leve Velocidade de fala levemente reduzida	1
Moderado Velocidade da fala claramente reduzida com pausas perceptíveis	2
Grave Entrevista claramente prolongada; todos os movimentos muito lentos	3
Muito Grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEADO NA OBSERVAÇÃO

Convenções

Este item avalia indicadores comportamentais de retardo psicomotor. Não considere as sensações subjetivas do(a) paciente de estar lento.

- Considere atrasos nas respostas verbais e na velocidade da fala, bem como movimentos físicos.
- O avaliador deve levar em consideração a extensão completa do retardo psicomotor que ocorre em pessoas com depressão.

Nota: Retardo e agitação (item 9) ocasionalmente coexistem, mas apenas em intensidade leve.

Notas

GRID-HAMD

Pontuação do item:

9. Agitação Psicomotora

Este item avalia agitação no comportamento motor e na fala observada durante a entrevista.	
Intensidade do sintoma	
Ausente Movimentos com padrão normal (ex.: ocasionalmente muda de posição na cadeira)	0
Leve Agitação duvidosa ou discreta, inquietação leve (ex.: frequentemente mudando de posição na cadeira, batendo o pé, mexendo no cabelo, mãos ou roupas)	1
Moderado Inquietação ou agitação de moderada a acentuada (ex.: aperta as mãos, arranha ou cutuca a pele excessivamente)	2
Grave Não consegue se sentar tranquilamente nem ficar sentado por um curto período de tempo; fica andando.	3
Muito Grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEADO NA OBSERVAÇÃO

Notas

Convenções

Este item avalia indicadores comportamentais de agitação psicomotora. Não pontue as sensações subjetivas do(a) paciente de agitação e/ou inquietação.

Nota: Agitação e retardo (item 8) ocasionalmente coexistem, mas apenas em intensidade leve.

GRID-HAMD

Pontuação do item:

10. Ansiedade Psíquica

Frequência				
Este item avalia apreensão, medo, pânico e preocupação, bem como irritabilidade. <i>Nota: Não pontue aqui sintomas físicos de ataques de pânico. Pontue no item 11: Ansiedade Somática.</i>	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Algumas sensações de preocupação ou irritabilidade.	0	1	1	2
Moderado Preocupação ou irritabilidade excessiva; ansiedade causa sofrimento; pode causar algum comprometimento no funcionamento.		1	2	3
Grave Preocupação ou pavor generalizados; temendo o pior; apreensão óbvia na expressão ou comportamento; comprometimento significativo no funcionamento; sensações de pânico.		2	3	4
Muito Grave Incapacitante.		3	4	4
<p>Você se sentiu particularmente tenso(a) ou irritável nesta última semana? SE SIM: Em que tipo de situações? Isto é mais que o normal para você?</p> <p>Você esteve muito preocupado(a) nesta última semana? (Com quê?)</p> <p>Você se preocupa com o que vai acontecer no futuro? SE SIM: Com que você se preocupa?</p> <p>Você se sentiu em pânico na última semana? SE SIM: Como foi essa sensação?</p> <p>Gravidade</p> <ul style="list-style-type: none"> Quanto isso foi ruim na última semana? Quanta dificuldade isso gerou para você na última semana? <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira? Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira? Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) <p>Notas</p>	<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> A preocupação excessiva está fora de proporção, tanto em tempo gasto preocupando-se ou na intensidade da preocupação. Se um(a) paciente tiver alguns poucos ataques de pânico sem ansiedade em outros momentos, pontue como grave, mas ocasional (ex.: 2 ou 3). Ansiedade psíquica associada com transtorno de ansiedade co-mórbido (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social, fobia específica) é pontuada até mesmo se este transtorno precede a depressão e não piorou com o início da depressão. 			

GRID-HAMD

Pontuação do item:

11. Ansiedade Somática

Frequência				
<p>Este item avalia sintomas físicos associados com ansiedade.</p> <p>Gastrointestinal – boca seca, gases, indigestão, diarreia, prisão de ventre, cólicas, arrotos.</p> <p>Cardiovascular – coração batendo forte ou acelerado.</p> <p>Respiratório – suspiro, respiração acelerada.</p> <p>Outros – dor de cabeça, frequência urinária aumentada, sudorese, tontura.</p>	<p>Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante</p>	<p>Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana</p>	<p>Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana</p>	<p>Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana</p>
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Algum sofrimento.	0	1	1	2
Moderado Sofrimento pronunciado, pode causar algum prejuízo no funcionamento.		1	2	3
Grave Prejuízo significativo no funcionamento.		2	3	4
Muito Grave Incapacitante.		3	4	4
<p>Diga-me se você sentiu algum dos seguintes sintomas físicos na última semana. (LEIA A LISTA DA GRADE, PAUSANDO APÓS CADA SINTOMA)</p> <p>Avalie gravidade de cada sintoma</p> <ul style="list-style-type: none"> Quanto isso foi ruim? (Você teve que tomar algum remédio para isso?) Quanto isso incomodou você na última semana? Isso impediu que você fizesse as coisas que você costuma fazer? (Quanto? De que maneira?) <p>Avalie a frequência de cada sintoma</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira? Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira? Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) 		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> De modo geral, é o impacto global dos sintomas combinados que determina o nível de intensidade para este item. Cefaleias são pontuadas neste item (e não no item 13, Sintomas Somáticos Gerais). Pontue todas as cefaleias aqui, sem levar em consideração o tipo (ex.: tensional, enxaqueca). 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

12. Perda de Apetite (Sintomas Somáticos Gastrointestinais)

Frequência				
(Sintomas Somáticos Gastrointestinais) Este item avalia apetite (ex.: fome, desejo por comida, prazer pela comida). <i>Nota: Não pontue outro sintoma gastrointestinal aqui. Pontue no item 11: Ansiedade Somática.</i>	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Alguma perda de apetite, mas comendo sem estímulo; menos interesse ou prazer para comer	0	1	1	1
Acentuada Perda de apetite acentuada, interesse ou prazer para comer muito diminuído (ex.: comendo forçado).		1	2	2
<p>Como esteve seu apetite na última semana (comparado ao seu apetite habitual)? SE DIMINUÍDO: Está quanto menos que o seu habitual?</p> <p>Você gostou de comer tanto quanto o seu habitual?</p> <p>Você comeu forçado(a)?</p> <p>Outras pessoas insistiram para você comer? Você pulou refeições?</p> <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante a última semana, por quanto tempo seu apetite esteve menor que o habitual? • Em quantas refeições você realmente não teve vontade de comer? • Quantos dias da semana passada isso aconteceu dessa maneira? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) 		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudar a quantidade de comida ingerida pode indicar ou não mudança no apetite. Alguns pacientes com diminuição do apetite podem pular refeições ou comer menos nas refeições. Outros continuam a comer, mas sentem que têm que se esforçar para comer. Ambos são pontuados. • Não considere como sintomático um(a) paciente cuja depressão está associada com aumento do apetite e que está atualmente melhorando, com apetite diminuindo para os níveis normais (pré-depressão). 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

13. Sintomas Somáticos Gerais

Frequência				
Este item avalia cansaço, perda de energia, fadiga e desconforto e dores musculares.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Cansaço, falta de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estarem sobrecarregados ou dores ou desconfortos musculares leves.	0	1	1	1
Acentuado Cansaço, falta de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estarem sobrecarregados, desconfortos ou dores musculares proeminentes.		1	2	2
<p>Como esteve sua energia nesta última semana, comparada a antes de você estar deprimido(a)? SE MENOS QUE O HABITUAL: Quanto menos de energia você teve comparando com a habitual?</p> <p>Você se sentiu cansado(a)? Quanto isso foi ruim?</p> <p>Nesta semana, você teve alguns desconfortos ou dores musculares?</p> <p>Você teve alguma sensação de peso nos seus membros, costas ou cabeça nesta última semana? Ou sentiu como se estivessem sobrecarregados nesta última semana?</p> <p>Quanto isso foi ruim?</p> <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira? • Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira? • Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) 		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceba que este item avalia perda de energia física diferente da falta de interesse, que é avaliado no item 7 (Trabalho e Atividades), apesar de muitos pacientes terem ambos os sintomas. • Qualquer dos sintomas listados (ex.: diminuição da energia, peso nos membros, dores musculares) é suficiente para pontuar positivamente este item. • Não pontue fadiga ou desconfortos musculares em decorrência de esforço extra ou outras causas claramente não relacionadas com depressão (ex: gripe, trabalhar por muitas horas). • Cefaleias não são pontuadas aqui, mas são pontuadas no item 11 Ansiedade Somática. 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

14. Interesse Sexual (Sintomas Genitais)

Este item avalia perda de interesse ou prazer por sexo; não a quantidade de atividade sexual.	
Intensidade do sintoma	
Ausente	0
Leve Alguma perda de interesse ou prazer	1
Acentuado Perda acentuada de interesse ou prazer	2

Como esteve seu interesse por sexo nessa última semana? Eu não estou perguntando sobre sua atividade sexual de fato, mas em relação ao seu interesse ou prazer sexual.

SE REDUZIDO OU SEM INTERESSE OU PRAZER: Esta é uma mudança comparada com quando você se sentia bem?

Está um pouco menos ou muito menos?

Notas

Convenções

- Problemas com o desempenho sexual não são pontuados aqui, desde que o interesse se mantenha inalterado.
- Este item não avalia outros sintomas (ex.: dificuldades menstruais) classificados como genitais em algumas versões da HAMD.
- Para uma pessoa sem parceiro(a), diminuição do interesse pode ser evidenciado por diminuição dos pensamentos sobre sexo.
- Interesse sexual não é limitado ao desejo de praticar relação sexual, mas inclui desejo por outros comportamentos sexuais, ex.: masturbação.
- O nível de interesse sexual entre os não-deprimidos varia consideravelmente. Não pontue a menos que o interesse atual esteja menor que os níveis em períodos sem depressão.
- Mudança de um nível muito alto de interesse para um nível de interesse médio ainda é baixa e é pontuada.
- Não pontue evitação do(a) parceiro(a) em decorrência de conflitos interpessoais se o desejo sexual permanece inalterado.
- Uma pessoa que faz sexo regularmente apesar da redução do interesse (ex.: para agradar o(a) parceiro(a)) ainda é pontuada como sintomática.

GRID-HAMD

Pontuação do item:

15. Hipocondria

Frequência				
Este item avalia preocupação injustificável em ter uma doença médica geral sem levar em consideração se isso existe ou não.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Preocupação com funções e sensações corporais, mas sem referência a uma doença específica.	0	1	1	2
Moderado Preocupação excessiva ou irrealista em ter uma doença (ex.: "Eu estou preocupado que essas dores de cabeça sejam por causa de um tumor cerebral").		1	2	3
Grave Forte convicção irrealista de ter uma doença (ex.: "Eu estou convencido que eu tenho câncer")		2	3	3
Muito Grave Delírios somáticos ou alucinações (ex.: Meus órgãos estão apodrecendo").		4	4	4
<p>Na última semana, até que ponto os seus pensamentos estiveram focados na sua saúde física ou em como o seu corpo está trabalhando?</p> <p>Sobre o que você pensou? Você pensou nisso mais do que você pensava antes de você ficar deprimido?</p> <p>Você se preocupou com a possibilidade de estar doente ou ter algum tipo de doença física? SE SIM: Você teve medo de ter o quê?</p> <p>Você procurou um médico por causa desses problemas? SE SIM: O que o médico disse?</p> <p>Gravidade</p> <ul style="list-style-type: none"> Quanto tempo você passou pensando nisso? Quanto você esteve preocupado(a) com isso? Quanta certeza você tem do que você sofre (doença)? <p>Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante a última semana, com que frequência você pensou nisso? Por quanto tempo você pensou nisso? Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu todos os dias? Quanto tempo em cada dia?) <p>Notas</p>		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas somáticos propriamente ditos (ex.: dores de estômago) são pontuados em Ansiedade Somática (item 11). Pontue aqui a preocupação do(a) paciente(a) em ter a doença ou a apreensão relacionada a isso. Preocupação com a aparência física (ex.: estar acima do peso) não é pontuada aqui. Preocupações com sintomas depressivos, como estar cansado(a) ou sem conseguir dormir, são pontuadas apenas se o(a) paciente se preocupa que estes sintomas sugerem uma doença médica não psiquiátrica. Não avalie medo de pegar ou contrair uma doença; apenas a crença de que o(a) paciente já está realmente doente. Uma pessoa que ainda acredita fortemente que tem uma doença específica apesar de forte evidência do contrário (ex.: exames médicos repetidos) é pontuada como tendo hipocondria. 		

GRID-HAMD

Pontuação do item:

16. Perda de peso

Pontue A ou B; não pontue ambos. Não pontue perda de peso devido a dieta ou circunstâncias não relacionadas à depressão (ex.: perda de peso devido a condições médicas gerais).			
A. Quando pontuada de acordo com a história		B. Quando pontuada de acordo com mudanças de peso reais	
Na avaliação inicial, compare com o peso pré-mórbido. No seguimento, compare com a consulta anterior.		As diretrizes fornecidas abaixo se aplicam a indivíduos que estão com peso na média.	
Sem perda de peso	0	Perda inferior a 0,5 Kg (1 lb.) por semana desde a última consulta	0
Provável perda de peso	1	Perda entre 0,5-1 Kg (1-2 lb.) por semana desde a última consulta	1
Perda de peso evidente	2	Perda maior que 1 Kg (>2 lb.) por semana desde a última consulta	2

Você perdeu algum peso desde que a depressão começou?
 NA AVALIAÇÃO INICIAL: Você perdeu algum peso desde que isso começou?
 SE SIM: Você acha que isso foi por que você está se sentindo deprimido(a) ou desanimado(a)? Quanto você perdeu?
 SE NÃO TEM CERTEZA: Você acha que as roupas estão mais folgadas em você?
 SE SIM: Quanto mais folgadas?

NO SEGUIMENTO: Você perdeu algum peso desde a última visita?
 SE SIM: Você acha que isso foi por que você está deprimido(a) ou desanimado(a)? Quanto você perdeu?
 SE NÃO TEM CERTEZA: Você acha que as roupas estão de alguma maneira folgadas em você?
 SE SIM: Quanto mais folgadas?
 Você voltou a ganhar algum peso?
 SE SIM: Quanto?

NOTA: CONTABILIZE 1 OU 2 APENAS SE O(A) PACIENTE PERDEU PESO E NÃO COMEÇOU A GANHAR NOVAMENTE.

Convenções

- Nas visitas de seguimento: Se os pacientes ainda estiverem abaixo do peso pré-mórbido, a pontuação prévia é repetida aqui, mesmo se não tiver ocorrido perda de peso adicional (considerando que eles não voltaram a ganhar peso).
- Se os pacientes forem pontuados positivamente para perda de peso na avaliação inicial e começaram a ganhar peso, porém ainda estiverem abaixo do peso pré-mórbido, diminua a pontuação da seguinte maneira: um provável (ex.: 0,5-1 Kg) ganho de peso diminuiria a pontuação em um ponto. Por exemplo, um 2 pode ser diminuído para 1 ou um 1 pode ser diminuído para 0. Um ganho de peso evidente (maior que 1 Kg) também reduziria um 2 ou um 1 para 0.
- Se a perda de peso foi pontuada na avaliação inicial com uma pontuação de 1 (provável perda de peso) e nas consultas de seguimento o(a) paciente evidentemente pesar menos (comparado com o seu habitual), pontue 2.
- Alguns pacientes "racionalizam" perda de peso após o fato (sentem-se satisfeitos e explicam que a perda de peso foi benéfica, porque estavam precisando perder peso). Ainda assim são pontuados como sintomáticos.
- Quando o início do episódio depressivo é acompanhado de ganho de peso, não pontue perda de peso subsequente a menos que diminua para abaixo do peso pré-depressão.
- Se o(a) paciente for pontuado 0 na avaliação inicial e começou a perder peso durante o estudo, pontue com a diretriz fornecida (ex.: provável perda de peso na semana passada recebe uma pontuação de 1, perda de peso evidente, uma pontuação de 2).

Notas

GRID-HAMD

Pontuação do item:

17. Percepção de doença

Este item avalia negação patológica da doença. Não considere negação que reflete normas culturais.		
Intensidade do sintoma		
Ausente Qualquer reconhecimento dos sintomas depressivos, com ou sem atribuição a qualquer causa (ex.: "Eu estou deprimida, porque meu companheiro sempre discute comigo").	0	
Leve Nega a doença, mas aceita a possibilidade de estar doente (ex.: "Eu não acho que há algo errado, mas outras pessoas acham que sim").	1	
Acentuado Negação completa de que tem a doença (ex.: "Eu não estou deprimido; Estou bem").	2	
Notas		

Convenções

- Este item avalia a presença de negação grave de estar deprimido apenas em pacientes que estão claramente sintomáticos. Pontue "0" nos pacientes que não estão claramente deprimidos.
- Este item é pontuado baseado nas perguntas anteriores. Este sintoma não é frequentemente positivo em pacientes ambulatoriais e deve ser pontuado de forma conservadora.
- Não pontue como sintomática uma negação que reflita normas culturais, ex.: em algumas culturas, admitir sentimento depressivo não é geralmente aceito.
- Pontue "0" se o(a) paciente reconhece que está em um estado depressivo – mesmo que sua explicação para que ele(a) esteja deprimido(a) pareça improvável (ex.: "Eu estou deprimido, porque eu não estou tomando vitaminas suficientes").
- Alguns pacientes sabem que alguma coisa está errada, mas não têm certeza do que é depressão ou se seus sintomas são um resultado de estar deprimido ou são em decorrência de alguma outra coisa. Pontue 0 se o(a) paciente aceita a possibilidade de que ele(a) possa estar deprimido(a). Neste caso, ele(a) não está negando que está deprimido – ele(a) apenas não sabe.

Este item marca o final da GRID-HAMD-17

Pontuação do item:

Escore total da GRID-HAMD-17:

Para continuar com os itens de rastreamento da GRID-HAMD-21, por favor prossiga para a próxima página.

GRID-HAMD

18. Variação Diurna

<p>A. Observe se os sintomas são consistentemente piores pela manhã ou à noite. Se NÃO há variação diurna, marque 0. Quando a variação está presente, pontue a gravidade da variação.</p>		<p>B. Quando presente, marque a gravidade da variação.</p>	
<p>Ausente Sem variação ou não deprimido atualmente. PULE PARA O PRÓXIMO ITEM</p>	0	<p>Leve Padrão com variação apenas discreta</p>	1
<p>Antes do meio-dia Se pior antes do meio-dia, assinale aqui ____ e vá para B.</p>		<p>Grave Padrão com variação acentuada</p>	2
<p>Após o meio-dia Se pior após o meio-dia, assinale aqui ____ e vá para B.</p>			

Na última semana, você se sentiu melhor ou pior em algum momento particular do dia? Pela manhã? À noite?

SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sentiu (PELA MANHÃ OU À NOITE)?

SE NÃO TEM CERTEZA: Um pouco pior ou muito pior?

Com que frequência nessa semana isso aconteceu?

Convenções

- Pontue um padrão de variação apenas se estiver presente na maioria dos dias da última semana.
- Não pontue ambos os padrões (cedo e tarde) para a mesma semana.
- Não pontue variação diurna se as dificuldades são claramente situacionais (ex.: problemas para mandar as crianças para a escola pela manhã) e não refletem uma diferença global no humor.

Notas

GRID-HAMD

Pontuação do item:

19. Despersonalização e Desrealização

Frequência				
Este item avalia a sensação de estar desconectado de si mesmo(a) e a sensação de que o ambiente está estranho ou irreal.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sensação vaga de estar desconectado de si mesmo (ex.: sente como se estivesse vivendo em um sonho ou tem a percepção de que o ambiente ou as pessoas lhe parecem estranhos).	0	1	1	2
Moderado Sensação evidente de estar desconectado, sente-se como um observador externo dos seus próprios pensamentos e ações; os outros parecem desconhecidos ou mecânicos.		1	2	3
Grave Sensações de irrealidade que interferem no funcionamento; perda de sentimentos emocionais (ex.: sensação de torpor e de falta de controle das próprias ações).		2	3	3
Incapacitante Incapaz de funcionar por causa da intensa sensação de irrealidade.		4	4	4
<p>Na última semana, você teve alguma vez a sensação de que tudo era irreal ou de que você estava em um sonho ou de que você estava desconectado(a) das outras pessoas de alguma maneira estranha?</p> <p>SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Quantas vezes nesta semana isso aconteceu?</p> <p>Você se sentiu desconectado(a) de si mesmo(a)? Como se fosse um(a) observador(a) externo(a) dos seus próprios pensamentos e movimentos?</p> <p>SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso tem sido ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?</p> <p>O mundo ao seu redor pareceu estranho ou irreal?</p> <p>SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?</p>		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas graves de despersonalização e desrealização são raros em pacientes deprimidos. Não pontue despersonalização se o(a) paciente diz que ele(a) "não está se sentindo como ele(a) mesmo(a)", mas significa apenas que seus comportamento e humor mudaram em decorrência da depressão. Não avalie sintomas que ocorrem exclusivamente no contexto de convulsões, enxaqueca ou outros problemas neurológicos. 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

20. Sintomas Paranoides

Frequência				
Este item avalia desconfiança excessiva ou irracional ou a crença irreal de que está sendo assediado(a), perseguido(a) ou tratado(a) injustamente.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Desconfiança irracional em relação às intenções dos outros, tem ressentimentos ou é rancoroso, não confia nos outros.	0	1	1	2
Moderado Ideias de referência, idéias sobrevalorizadas, interpreta mensagens ocultas em comentários ou eventos benignos.		1	2	3
Grave Delírios de referência ou persecutórios.		2	3	3
<p>Nesta última semana, você esteve particularmente desconfiado(a) dos outros ou pensando que alguém estava tentando dificultar as coisas para você ou prejudicando você?</p> <p>E em relação a alguém falando sobre você pelas suas costas?</p> <p>SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Com que frequência nesta semana isso aconteceu?</p>		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas paranoides são incomuns em pacientes deprimidos, e respostas afirmativas sempre devem ser verificadas cuidadosamente. Pacientes com fobia social frequentemente se preocupam se os outros estão prestando muita atenção neles. Não pontue como paranoide a menos que eles estejam diferentemente desconfiados ou precavidos de intenções maliciosas. Não pontue como paranoide se há evidência de conflito real (que alguém está dificultando as coisas para o(a) paciente) e a desconfiança é limitada a esta pessoa. 		
Notas				

GRID-HAMD

Pontuação do item:

21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos

Frequência				
Este item avalia pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos bem com preocupações com perfeccionismo, ordem e controle.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (ex.: não consegue terminar algo, porque nunca está bom o suficiente; preocupação com detalhes e regras; indecisão frequente; ou comportamentos repetitivos esporádicos, como lavar as mãos e contagem).	0	1	1	2
Grave Obsessões ou compulsões que causam sofrimento significativo e interferem no funcionamento; a pessoa pode evitar situações que se relacionam com o conteúdo das obsessões; tentativas de resistir às compulsões causam ansiedade extrema.		1	2	2
<p>Na última semana, houve coisas que você teve que fazer várias vezes, como verificar as fechaduras das portas, tocar em certas coisas ou lavar suas mãos? SE SIM: Você pode me dar um exemplo? Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?</p> <p>Você teve alguns pensamentos ou imagens que não fazem sentido para você, mas que se mantiveram aparecendo várias vezes na sua mente apesar de você tentar pará-los? SE SIM: Você pode me dar um exemplo? Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?</p> <p>Notas</p>		<p>Convenções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanto obsessões isoladamente quanto compulsões isoladamente podem ser pontuadas como graves se consomem tempo e interferem no funcionamento. • Não pontue pensamentos de autorreprovação ou ruminação depressiva sobre más ações do passado (avaliado no item 2, Culpabilidade) a menos que esses pensamentos também sejam intrusivos e irracionais (ex.: pensamentos repetitivos de que deixou o fogão ligado e pode causar um incêndio – apesar de ter verificado o fogão). • Não pontue preocupações repetitivas sobre o futuro (avaliado no item 10, Ansiedade Psíquica) a menos que esses pensamentos sejam experimentados como intrusivos ou irracionais (ex.: preocupação injustificada de que alguém pode machucar fisicamente uma pessoa amada). • Obsessões e comportamentos compulsivos são pontuados até mesmo se precedem o início da depressão. 		

Este item marca o final da GRID-HAMD-21

Pontuação do item:

Escore total da GRID-HAMD-21:

GRID-HAMD

APÊNDICE C – Questionário de opinião sobre a GRID-HAMD

AVALIAÇÃO FINAL DA GRID-HAMD

NÚMERO DO AVALIADOR:

1) Você achou a GRID-HAMD um instrumento útil para fins de pesquisa?

- () Nem um pouco útil
- () Um pouco útil
- () Moderadamente útil
- () Muito útil
- () Extremamente útil

Observações: _____

Você achou a GRID-HAMD um instrumento fácil de ser utilizado?

- () Nem um pouco fácil
- () Um pouco fácil
- () Moderadamente fácil
- () Muito fácil
- () Extremamente fácil

Observações: _____

Você achou que as convenções da GRID-HAMD são melhores que as da HAMD (Hamilton)?

- () Nem um pouco melhores
- () Um pouco melhores
- () Moderadamente melhores
- () Muito melhores
- () Extremamente melhores
- () Não conheço esta escala (HAMD)

Observações: _____

Você achou que as convenções da GRID-HAMD são melhores que as da SIGH-D (Williams)?

- () Nem um pouco melhores
- () Um pouco melhores
- () Moderadamente melhores
- () Muito melhores
- () Extremamente melhore
- () Não conheço esta escala (SIGH-D)

Observações: _____

Como você avalia o tempo necessário para a aplicação da GRID?

- () Aplicação muito rápida
- () Aplicação rápida
- () Aplicação em tempo adequado
- () Aplicação demorada
- () Aplicação muito demorada

Observações: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS
E SISTEMAS

Título do Projeto: Validação e Confiabilidade Interavaliadores de Entrevista Estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (GRID-HAMD)

Nome dos Pesquisadores: Irismar Reis de Oliveira e Ricardo Henrique de Sousa Araújo

Telefone: (71) 8899-2985

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa sobre avaliação de sintomas depressivos. Após a leitura e o esclarecimento das informações a seguir, a sua assinatura significará que o(a) Sr(a) aceitou participar do estudo. Caso o(a) Sr.(a) se recuse a participar, não haverá qualquer tipo de penalidade ou influência na qualidade do seu tratamento nesta Instituição.

Caso aceite participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a) será submetido a uma entrevista com duração em torno de 45 a 60 minutos, em que serão realizadas perguntas estruturadas sobre aspectos diversos de sintomas depressivos. A entrevista será filmada, para exibição posterior para grupos de psiquiatras participantes de um curso de capacitação na aplicação de um instrumento clínico para avaliação de sintomas depressivos.

A sua assinatura deste Termo de Consentimento significa que o(a) senhor(a) permite a filmagem da entrevista para a utilização no curso acima referido. O Sr.(a) não será obrigado a responder a nenhuma pergunta em que se sinta desconfortável, podendo, portanto, interromper a entrevista a qualquer momento, sem que haja prejuízos no seu tratamento nesta Instituição. Solicitamos ainda a sua permissão para a tradução da entrevista para outros idiomas, caso este grupo de pesquisadores acredite ser necessário.

Esta participação não gera para o(a) Sr.(a) qualquer tipo de prejuízo ou benefício financeiro, visto que a entrevista ocorrerá no mesmo dia em que o(a) Sr.(a) estará comparecendo a este ambulatório para sua consulta médica regular.

Riscos: Ao se disponibilizar a participar desta pesquisa, o principal risco a que o(a) Sr.(a) está sujeito é o possível desconforto que poderá sentir ao responder a algumas questões. Entretanto, como salientamos acima, o Sr.(a) não precisa sentir-se obrigado a responder tais questões.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a) estará contribuindo para uma melhoria na capacidade dos psiquiatras em avaliar os sintomas depressivos dos pacientes, possibilitando novas formas de diagnóstico e tratamento.

Confidencialidade: Todas as informações prestadas neste estudo serão utilizadas apenas para fins científicos, de modo que apenas os pesquisadores e os participantes dos cursos de capacitação terão acesso às imagens da entrevista. A utilização dos resultados será exclusivamente para fins de pesquisa. O seu nome não será citado na publicação da pesquisa e nenhuma informação que possa favorecer a identificação da pessoa ou do grupo a que pertence será disponibilizada.

Os investigadores locais deste estudo são Ricardo Henrique de Sousa Araújo e Irismar Reis de Oliveira. Caso haja alguma dúvida sobre o estudo ou sua participação, por favor, entre em contato através do telefone (71) 8899-2985 ou do e-mail ricardohenriquepb@yahoo.com.br.

Se o(a) Sr.(a) tiver alguma dúvida em relação aos seus direitos como participante da pesquisa ou quiser registrar alguma queixa em relação ao estudo, pode entrar em contato anonimamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira/UFBA (Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1º andar, CEP: 40110-160, Salvador-BA, telefone: 71 3283-8043), ao qual o estudo foi submetido e pelo qual foi aprovado.

Muito obrigado por sua colaboração.

Entrevistado

Pesquisador



Impressão Digital
(Se impossibilidade
de assinatura)

ANEXO A – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 318953
Projeto de Pesquisa Validação e confiabilidade interavaliadores de entrevista estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (GRID-HAMD)				
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Diag.			Grupo Grupo III	Nível Diagnóstico
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica
Unitermos Depressão, GRID-HAMD, Entrevista estruturada, Confiabilidade inter-avaliadores				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 70	Total Brasil 70	Nº de Sujeitos Total 70	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Especifico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Irismar Reis de Oliveira		CPF 049.063.495-87	Identidade 00781777 07	
Área de Especialização Psiquiatria		Maior Titulação Livre-docência	Nacionalidade Brasileira	
Endereço Rua Professor Clementino Braga, nº 198		Bairro Ondina	Cidade Salvador - BA	
Código Postal 40170-050	Telefone (71) 33515296 / (71) 32352194	Fax (71) 32417154	Email irismar.oliveira@uol.com.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.				
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: 22/02/2010				Assinatura
Instituição Onde Será Realizado				
Nome Sanatório São Paulo - BA		CNPJ 15.113.087/0001-80	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Sanatório São Paulo		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Ladeira do Aquidabam, 91		Bairro Santo Antônio	Cidade Salvador - BA	
Código Postal 40301-500	Telefone 71-32417154	Fax 71-32417154	Email monicagr@ufba.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Nome: SANATORIO, SAO PAULO				Assinatura
Data: 22/02/2010				Assinatura

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 20/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

IMPRIMIR

**ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade
Climério de Oliveira**

	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010 IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010</p>
	<p>Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1º andar Cep. 40 110-160 Salvador-Bahia telefax: (71) 3283-8043 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepimco.ufba.br</p>

PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º 124/2010

Para análise e deliberação deste Institucional o Professor, Doutor, **Irismar Reis de Oliveira**, Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa “**Validação e Confiabilidade Interavaliadores de Entrevista Estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (GRID-HAMD)**” posto sob pendência por este Colegiado em 14 de Abril de 2010 através do Parecer/Resolução N.º 016/2010, apresentou, em 16 de junho de 2010, o novo “**Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido**”, além das alterações realizadas na “**Metodologia**” do Projeto a fim de atenderem às solicitações expostas no Parecer acima mencionando, bem como no Parecer/Resolução Complementar N.º 003/2010 de 25.05.10 deste CEP.

Inexistindo nas alterações apresentadas conflito administrativo, processual e ético que contra-indiquem as incorporações pretendidas e a conseqüente execução da pesquisa, ficam as mesmas **aprovadas** por esta Instância com **início imediato**.

Salvador, 21 de junho de 2010


Professor, Doutor, **Eduardo Martins Netto**
Coordenador em Exercício – CEP/COM/UFBA

Observação importante. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução Aditiva e nas “Recomendações Adicionais” apensa, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

ANEXO C – Autorização de Amir Kalali para a tradução da GRID-HAMD para a língua portuguesa

De: Amir Kalali [mailto:amir.kalali@quintiles.com]
Enviada em: domingo, 13 de julho de 2008 11:26
Para: 'irismar.oliveira@uol.com.br'
Assunto: Re: HAM-D Grid

Dear Dr. Irismar de Oliveira,
 Thank you for your email. It is very nice to hear from you.
 We would be very happy to collaborate with you. You are correct, there is no Portuguese version.
 Let me know if you need anything before starting, or have any other questions.
 Best Regards,
 Amir

Amir H. Kalali M.D.
 Vice President
 Medical and Scientific Services
 Global Therapeutic Group Leader CNS
 Quintiles Global CRO

+1-858-646-2541 (office)
 +1-858-799-3125 (fax)
 amir.kalali@quintiles.com
 10201 Wateridge Circle
 San Diego CA 92121 USA

From: Irismar Reis de Oliveira
To: Amir Kalali
Sent: Sun Jul 13 07:50:16 2008
Subject: HAM-D Grid

Dear Dr. Kalali,

Let me introduce myself. I am Professor of Psychiatry at the Department of Neurosciences and Mental Health at the Federal University of Bahia, Brazil.

I have conducted clinical trials for many years for the pharmaceutical industry and recently I had the opportunity to know the HAM-D Grid at a Lilly start-up meeting in Toronto. Really interesting! Dr. Doron Sagman gave me your email address.

I wonder if you could be interested in having the HAM-D Grid adapted to Brazilian Portuguese. I had access to the paper concerning the Japanese work and maybe would be able to do something similar in Brazil (I suppose there is no Brazilian Portuguese translation of the HAM-D Grid).

Please, find attached my CV.

Best regards,

Irismar de Oliveira
 Irismar Reis de Oliveira M.D., Ph.D.
 Professor of Psychiatry
 Department of Neurosciences and Mental Health
 School of Medicine
 Federal University of Bahia, Brazil

ANEXO D – GRID-HAMD original em inglês

GRID-HAMD-17

GRID-HAMD-21

Structured Interview Guide

H	A	M	D
A			
M			
D			

Introduction to the GRID-HAMD Structured Interview Guide

GRID-HAMD-17

GRID-HAMD-21

The GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD) is a modified version of the popular depression rating scale developed by Max Hamilton in 1960. One difficulty in administering earlier versions of the HAMD is that two important dimensions of illness severity—intensity and frequency—must be taken into account when making a single rating. However, there are no guidelines for the rater to help determine the contribution of both to symptom severity. The GRID-HAMD was designed to permit the rater to consider the dimensions of intensity and frequency independently for each relevant item in the scale.

Symptom intensity is considered on the “vertical axis” and symptom frequency on the “horizontal axis.” Symptom intensity, which includes degree of symptom magnitude as well as subjective distress and functional impairment, is rated as “absent, mild, moderate, severe, and very severe.” Symptom frequency is rated as “absent, occasional, much of the time, and almost all of the time.” Examples of degrees of intensity and frequency are provided in the GRID itself.

The GRID-HAMD was designed to both simplify and standardize administration and scoring in clinical practice and research. Item descriptions have been modified to enhance the reliability of the scale and its relevance to depressed outpatients. The GRID-HAMD includes a structured interview guide and set of rating conventions. Like many other psychiatric semi-structured interviews, the GRID-HAMD is intended for use by individuals who have received adequate training in the assessment of mood in a depressed population and in the use of the GRID-HAMD itself.

The GRID-HAMD was developed by the Depression Rating Scale Standardization Team (DRSST) Core Group: Per Bech, M.D., Nina Engelhardt, PhD, Ken Evans, PhD, Amir Kalali, M.D., Kenneth Kobak, PhD, Josh Lipsitz, PhD, Jason Olin, PhD, Jay Pearson, PhD, Margaret Rothman, PhD, Janet B.W. Williams, DSW.

Instructions For Use

The GRID-HAMD can be printed or scored electronically. In both cases, the following instructions apply:

- (1) Questions in bold type are required to be asked as written.** Follow-up questions are provided, however, for use when further information or additional clarification is necessary. These follow-up questions should be asked verbatim until you have enough information to rate the item confidently. Questions in parentheses are optional. Your own questions may be asked to obtain additional information. This often involves asking for specific examples (e.g., of a guilty thought) or requesting more detail in an open-ended way (e.g., "describe ..." "tell me more about..."). Once you have established how the patient experiences the symptom, use the intensity and frequency probes to determine the specific rating.
- (2) Phrases in all capital letters are directions to raters.** Phrases in all capital letters (e.g., "IF YES") are instructions to the rater and are not to be read to the patient.
- (3) Commas mean ORs, not ANDs.** When a list of symptoms or descriptors is separated by commas, the commas are to be read as ORs rather than ANDs. For example, Mild Depressed Mood may be manifested by "feelings of sadness, OR discouragement, OR low self-esteem, OR pessimism."
- (4) Rating conventions are located next to each item on the GRID-HAMD.** There is also space on the bottom of each page for making notes.
- (5) Indicate your rating by checking, or clicking once with your mouse, the box that corresponds to the appropriate frequency and severity of an item.** If you are filling out the GRID-HAMD on computer, your score for that item will automatically appear on each page on the lower right-hand corner. An automatically computed total score will appear at the end of the 17- or 21-item GRID-HAMD.

The GRID-HAMD (17- and 21-item) is located at <http://www.iscdd.org/>. The GRID-HAMD can be printed or scored electronically. To download the GRID-HAMD, click on the "Resources" tab on the website. For psychometric data, contact International Society for CNS Drug Development, 10201 Wateridge Circle, San Diego CA, 92121, Attention Dr. Amir Kalali.

Copyright © 2003, International Society for CNS Drug Development, San Diego, CA, USA
All rights reserved.

General Guidelines

The GRID-HAMD provides a format for integrating the two most important dimensions of item severity—symptom intensity and frequency. Although the GRID simplifies scoring, it is intended for use by a trained clinician with experience assessing depressed patients.

Rate the severity of symptoms over the past 7-day period. The GRID-HAMD is designed to assess depression severity over the past week compared to usual (non-depressed) self. Consider the entire week. For example, if the patient has felt better for the past three days, still consider the previous four days in making the rating by averaging the intensity and frequency of the symptom(s) over the entire week. Also, ensure the patient is clear about the time frame and understands that the “past week” means the past 7 days, rather than since the weekend.

Change from pre-morbid state. In general, a symptom is rated as present only when it reflects a change from before the depression began. The interviewer should try to identify a 2-month period of non-depressed functioning and use this as a reference point. For example, chronic insomnia, which existed prior to the onset of depression, is not rated unless the insomnia has worsened with depression. However, onset of depressive symptoms may be difficult to determine. The interviewer should use clinical judgment to decide whether chronic symptoms are part of a pre-existing depression (in which case they are rated as present). **Note the following exception for an anxiety disorder that is co-morbid with depression:** A symptom is rated as present if it is part of a co-morbid anxiety disorder (e.g., panic disorder) even if this disorder pre-dated the onset of depression and the symptom did not worsen with depression.

GRID guidelines. The guidelines for scoring should be applied with clinical judgment. The rater has some leeway to increase or decrease scoring by one point when the GRID anchors do not adequately capture the clinical severity. This should occur in less than 10% of evaluations.

Do not rate “up” or “down.” The interviewer should always choose the rating that best fits the GRID. Inquiry should continue until positive information is elicited or denied and the interviewer is confident in choosing a rating point.

Avoid a “halo effect.” Each item on the GRID-HAMD is an independent rating. Do not allow the global picture or a prominent symptom (e.g., suicidal ideation) to influence ratings on other items. However, patients sometimes volunteer information during one item that is relevant for a different item and this information should be considered.

Role of impairment/disability. Impairment and disability are dimensions of severity and more disabling symptoms are usually rated as more severe. However, HAMD items differ with regard to whether impairment is a necessary component of severity. For example, depressed mood may be rated as severe even if the patient gets things done.

Consider full range of severity. The GRID-HAMD was modified to make ratings more useful for depressive outpatients. However, the scale still incorporates severity ratings for the entire range of depressive illness (including severely depressed inpatients). Therefore, some ratings (e.g., "2" – "complete denial" on insight item) may rarely be rated in moderately ill populations.

Attribution. If a symptom does reflect a change from pre-morbid state, rate it positively, regardless of attribution, or cause of the symptom. For example, if the patient reported a stomach ache during the past week, and is not sure whether the stomach ache was due to foods eaten or feeling tense, rate the stomach ache positively. An exception to this rule is when the interviewer is certain that a symptom can be unambiguously attributed to a source other than the depression. For example, if the patient reported feeling nauseous once during the past week while riding a Ferris wheel (and Ferris wheels "always" make the patient feel nauseous), do not rate the nausea.

GRID-HAMD

Patient ID	
Patient Initials	
Rater Name	
Date (00/00/00)	

Overview

I'd like to ask you some questions about the past week. How have you been feeling since last (DAY OF WEEK)?

Notes:

At Initial Assessment

When was the last time you had 2 months of a "normal" mood?

Notes:

1. Depressed Mood

Frequency				
This item assesses feelings of sadness, hopelessness, helplessness, and worthlessness. <i>Note: This is not a global rating of depressive illness.</i>	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Feelings of sadness, discouragement, low self-esteem, pessimism	0	1	1	2
Moderate Clear nonverbal signs of sadness (such as tearfulness), feelings of hopelessness, helplessness, or worthlessness about some aspects of life		1	2	3
Severe Intense sadness, weeping, hopelessness about most aspects of life, feelings of complete helplessness or worthlessness		2	3	4
Very Severe Extreme sadness, intractable hopelessness or helplessness		3	4	4

What's your mood been like this past week (compared to when you feel OK)?

Have you been feeling down or depressed? Sad or hopeless? Helpless? Worthless? (Can you describe what this feeling has been like for you? How bad is the feeling?)

Does the feeling lift at all if something good happens? (Does it go away completely, or is it just less intense?)

How long have you been feeling this way?

How are you feeling about the future?

Have you been crying at all? IF YES: How often?

Frequency

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week? (Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- This item should NOT be considered a global measure of depressive severity. Item 1 assesses one of several core symptoms of depression.
- Normal mood fluctuations without clinical significance should be rated "0."
- Rate depressed mood even if patient attributes mood to real life problems (e.g., depressed due to bad job, marital conflict).
- Some patients describe feelings of low mood without acknowledging "sadness" or "depression" (e.g., "down," "blah," "numb"). Rate as symptomatic.
- Nonverbal signs (e.g., slumped posture, infrequent eye contact, frowning, sad facial expression) are also considered in assessing severity.
- Do not rate angry, irritable, or anxious mood on this item.

GRID-HAMD

1

ITEM SCORE:

2. Guilt

Frequency				
Guilt is defined as the sense of having done something bad or wrong and is accompanied by feelings of regret or shame. Guilt is rated only if it is excessive or unrealistic.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Self-critical, self-reproach (e.g., "I've let people down.")	0	1	1	2
Moderate Feelings of guilt, remorse, shame; belief that one has done something bad or wrong		1	2	3
Severe Pervasive feelings of guilt; feels the illness is a punishment for sinful deeds		2	3	4
Very Severe Delusions, hallucinations			4	4

Have you been especially critical of yourself this past week, or feeling like you've let others down? IF YES: What have your thoughts been?

In the past week, have you been feeling guilty about anything you've done or not done? (IF YES: What have you been feeling guilty about?) (What about things that happened a long time ago?)

How guilty have you been feeling this past week?

Do you feel that your depression is a punishment for something bad that you've done?

(Have you been hearing voices or seeing visions in the last week? IF YES: Tell me about them.)

Frequency

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week?
(Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- Realistic self-reproach is not rated (e.g., feeling bad to some degree about falling behind in work or not attending to children when this is really a problem) unless the patient dwelled on this excessively.
- Vague feelings of low self-esteem (e.g., feeling unattractive to the opposite sex) are not rated unless the low self-esteem is associated with self-reproach or criticism.
- Distinguish between the belief that the patient has brought the depression on themselves by mistakes they have made in their lives (mild or moderate intensity) and the belief that the depression is a punishment for bad things they have done (severe intensity).
- Feelings of worthlessness are an aspect of depressed mood (item 1) and are not rated here unless accompanied by guilt.

GRID-HAMD

2

ITEM SCORE:

3. Suicide

Frequency				
This item assess the full range of severity of suicidal ideation and behavior.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Feels life is not worth living, but expresses no wish to die (e.g., "I don't care if I live or die")	0	1	1	2
Moderate Wishes to be dead; thoughts of dying, but no specific plan or intent (e.g., "If I got hit by a bus, I wouldn't care," "I'd like to go to sleep and never wake up")		1	2	3
Severe Clear suicidal plan or intent; suicidal gesture (e.g., taking a few sleeping pills)		3	3	4
Very Severe Attempts at suicide		4	4	4

This week, have you had thoughts that life is not worth living?

IF YES: What have you thought about?

What about thinking that you'd be better off dead?

IF YES: Can you tell me more about that?

Have you had thoughts of hurting or killing yourself?

IF YES: What have you thought about? Have you actually done anything to hurt yourself?

Frequency

- During the past week, how often have you felt this way?
- How much of the time have you felt this way?
- How many days in the past week?
(Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- Note that some patients may attempt to conceal or minimize suicidal thoughts or behaviors.
- Do not rate feelings of discouragement and alienation (e.g., "what's the use," "nobody cares," etc.) unless associated with thoughts that life is not worth living.
- Preoccupation with death, in the absence of wishing to die, is rated as mild intensity.
- Feeling like life is a burden and the wish to escape, *without clear thoughts of suicide or death*, is rated as mild intensity.
- Suicidal gestures or attempts are rated positively even if the patient describes the behaviors as a cry for help or an act of revenge.
- Suicidal thoughts or plans are rated positively regardless of rationale (e.g., terminal illness).

GRID-HAMD

3

ITEM SCORE:

4. Insomnia Early

Frequency				
Time to first falling asleep	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild 30-59 minutes to fall asleep	0	1	1	2
Marked 1 hour or more to fall asleep		1	2	2

I'd like to ask you about your sleep in the past week.

What were your usual hours of going to sleep and waking up before this began?

In the past week, have you had trouble falling asleep at the beginning of the night?

How long has it taken you to fall asleep?

Have you changed the time at which you try to get to sleep since you've been depressed?

Frequency

- During the past week, how often have you had trouble falling asleep?
- How many nights in the past week? (Was it every night?)

Notes:

Conventions

- Nighttime insomnia is rated even if the patient attributes this to daytime napping.
- Do not rate difficulty falling or staying asleep due to unambiguous external causes, e.g., baby crying, neighbor's party, etc.
- Early insomnia is rated even if the patient goes to bed later because he is unable to fall asleep.
- If the patient used sleeping pill(s) during the past week, rate the intensity and frequency of insomnia as it occurred with the use of the sleeping pill(s). If the patient used sleeping pills fewer than 7 nights during the past week, base your rating on an average of the intensity and frequency of insomnia over the entire week, including those nights on which the patient did not use sleeping pill(s).

5. Insomnia Middle

Frequency				
After falling asleep and until 2 hours prior to the usual hour of waking	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild 30-59 minutes awake	0	1	1	2
Marked 1 hour or more awake		1	2	2

In the past week, have you been waking up in the middle of the night?

IF YES: How long has it taken you to fall back asleep?

Has your sleep been restless or disturbed?

IF YES: How many nights this week has your sleep been restless?

Frequency

- During the past week, how many times each night have you woken up?
- How many nights in the past week did this occur?

Notes:

Conventions

- Nighttime insomnia is rated even if the patient attributes this to daytime napping.
- Do not rate difficulty falling or staying asleep due to unambiguous external causes, e.g., baby crying, neighbor's party, etc.
- Rate all insomnia items that apply. E.g., if a patient wakes in the middle of the night and can't fall back to sleep at all, rate middle and late insomnia.
- Don't rate waking to use the bathroom, unless it takes ≥ 30 minutes to fall back to sleep.
- Getting out of bed is not required for a rating of 2.
- For frequent, brief awakenings, sum the total time awake (e.g., 10 + 10 + 10 = 30 minutes).
- Restlessness, without being awake more than a total of 30 minutes, can merit a maximum rating of 1 only if it occurs much of the time or almost all of the time.
- If the patient used sleeping pill(s) during the past week, rate the intensity and frequency of insomnia as it occurred with the use of the sleeping pill(s). If the patient used sleeping pills fewer than 7 nights during the past week, base your rating on an average of the intensity and frequency of insomnia over the entire week, including those nights on which the patient did not use sleeping pill(s).

GRID-HAMD

5

ITEM SCORE:

6. Insomnia Late

Frequency				
Within 2 hours of usual hour of waking. May stay awake during this time frame or may return to sleep after full awakening.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild 30-59 minutes awake	0	1	1	2
Marked 1 hour or more awake		1	2	2

This past week, what time have you been waking up in the morning for the last time? (COMPARE TO PREMORBID WAKE TIME)

IF EARLY: Is that with an alarm clock or do you wake up yourself?

Are you able to fall back asleep?

How long does it usually take you to fall back asleep?

Frequency

- During the past week, how many mornings did you wake up earlier than is usual for you?

Notes:

Conventions

- Nighttime insomnia is rated even if the patient attributes this to daytime napping.
- Do not rate difficulty falling or staying asleep due to unambiguous external causes, e.g., baby crying, neighbor's party, etc.
- Don't rate waking to use the bathroom, unless it takes ≥ 30 minutes to fall back to sleep.
- Getting out of bed is not required for a rating of 2.
- For frequent, brief awakenings, sum the total time awake (e.g., 10 + 10 + 10 = 30 minutes).
- If the patient used sleeping pill(s) during the past week, rate the intensity and frequency of insomnia as it occurred with the use of the sleeping pill(s). If the patient used sleeping pills fewer than 7 nights during the past week, base your rating on an average of the intensity and frequency of insomnia over the entire week, including those nights on which the patient did not use sleeping pill(s).

7. Work and Activities

Frequency				
This item assesses loss of interest or pleasure and impairment in functioning at work inside and outside the home, leisure activities, and family and social relationships.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Some reduction in interest or pleasure but no clear impairment in functioning	0	1	1	2
Moderate Significant reduction in interest or pleasure or clear impairment in functioning		1	2	3
Severe Profound reduction in interest, pleasure, and functioning.		2	3	4
Very Severe Unable to work; needs help performing self-care activities; unable to function without assistance		3	4	4

How have you been spending your time this past week (when not at work)?

Have you felt interested in doing (those things), or do you feel you have to push yourself to do them?

Before this (depression) began, what types of things did you enjoy doing? Have you stopped doing anything you used to do?

What about hobbies? IF YES: Why?

IF WORKING (IN OR OUT OF THE HOME): Have you been able to get as much (work) done as you usually do? IF NO: How much less?

Do you have to push yourself to get things done? IF YES: How hard?

How much time have you been spending with your family and friends? Is this less than usual?

Severity

- How much less interested in things have you been during this past week? How much less do you enjoy them?
- How much harder has it been for you to do your work this past week?

Frequency

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week? (Was it every day? How much of each day?)

Conventions

This item assesses three dimensions that may sometimes be independent: loss of interest, loss of pleasure, and impairment. Severe and very severe intensity require disturbance in all three domains.

- Consider multiple domains of functioning (job, home, recreational activities), giving greater weight to roles that take up most time or are most important to the patient.
- Impairment is evidenced by decreased time spent in activities, decreased productivity, or both.
- Severe intensity requires impairment in primary role functioning or in multiple domains.
- If unemployed, consider reasons why the patient is not working. Rate very severe only if the patient is unable to work due to the depression.
- Do not rate inactivity that is better accounted for by fatigue or low energy (e.g., when patient tries to work but is too tired to continue).

8. Psychomotor Retardation

This item assesses retardation in movement and speech observed during interview.	
<i>Symptom Intensity</i>	
Absent	0
Mild Rate of speech slightly reduced	1
Moderate Rate of speech clearly reduced with noticeable pauses	2
Severe Interview clearly prolonged; all movements very slowed	3
Very Severe Interview cannot be completed	4

RATE BASED ON OBSERVATION

Notes:

Conventions

This item rates behavioral indicators of psychomotor retardation. Do not assess the patient's subjective feelings of being slowed down.

- Consider delays in verbal responses and rate of speech as well as physical movements.
- The rater should take into account the full range of psychomotor retardation that occurs in people with depression.

Note: Retardation and Agitation (item 9) occasionally coexist, but only at mild intensity.

GRID-HAMD

8

ITEM SCORE:

9. Psychomotor Agitation

This item assesses agitation in motor behavior and speech observed during interview.	
<i>Symptom Intensity</i>	
Absent Movements within normal range (e.g., occasionally shifts position in seat)	0
Mild Doubtful or slight agitation, mild restlessness (e.g., frequently changing position in seat, foot-tapping, playing with hair, hands, or clothes)	1
Moderate Moderate to marked restlessness or agitation (e.g., wringing hands, excessive scratching or picking)	2
Severe Cannot sit still or stay seated even for a short period of time; pacing	3
Very Severe Interview cannot be completed	4

RATE BASED ON OBSERVATION

Notes:

Conventions

This item rates behavioral indicators of psychomotor agitation. Do not assess the patient's subjective feelings of agitation and/or restlessness.

- Note: Agitation and Retardation (item 8) occasionally coexist, but only at mild intensity.

GRID-HAMD

9

ITEM SCORE:

10. Anxiety, Psychic

Frequency				
This item assesses apprehension, fear, panic, and worry, as well as irritability. <i>Note: Do not rate physical symptoms of panic attacks here. Rate in item 11: Anxiety, Somatic.</i>	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Some feelings of worry or irritability	0	1	1	2
Moderate Excessive worry or irritability; anxiety causes distress; may cause some impairment in functioning		1	2	3
Severe Pervasive worry or dread; fearing the worst; apprehension obvious in demeanor or behavior; significant impairment in functioning; feelings of panic		2	3	4
Very Severe Incapacitating		3	4	4

Have you been feeling especially tense or irritable this past week?

IF YES: In what kinds of situations? Is this more than is normal for you?

Have you been worrying a lot this past week? (About what?)

Do you worry about what's going to happen in the future?

IF YES: What do you worry about happening?

Have you been feeling panicky this past week?

IF YES: What's that feeling been like?

Severity

- How bad has this been this past week?
- How much difficulty has this caused you this past week?

Frequency

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week? (Was it every day? How much of each day?)

Conventions

- Excessive worry is out of proportion, either in time spent worrying or in intensity of worry.
- If a patient has a few panic attacks with no anxiety at other times, this is rated as severe but occasional (e.g., 2 or 3).
- Psychic anxiety associated with a comorbid anxiety disorder (generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder, specific phobia) is rated even if this disorder preceded the depression and did not worsen with the onset of depression.

GRID-HAMD

10

ITEM SCORE:

11. Anxiety, Somatic

É		À μ Ñ ∅			
This item assesses physical symptoms associated with anxiety. Gastrointestinal - dry mouth, gas, indigestion, diarrhea, constipation, stomach cramps, belching Cardiovascular - heart pounding or racing Respiratory - sighing, hyperventilation Other - headaches, urinary frequency, sweating, lightheadedness	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week	
-∏ «ì É li Æì∏					
Absent	0				
Mild Some distress	0	1	1	2	
Moderate Marked distress, may cause some impairment in functioning		1	2	3	
Severe Significant impairment in functioning		2	3	4	
Very Severe Incapacitating		3	4	4	

Tell me if you've had any of the following physical symptoms in the past week. (READ LIST FROM GRID, PAUSING AFTER EACH SYMPTOM)

Assess Severity for Each Symptom

- How bad has it been? (Did you have to take medicine for it?)
- How much has it bothered you this past week?
- Has it gotten in the way of your doing the things you usually do? (How much? In what way?)

Assess Frequency for Each Symptom

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week? (Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- In general, it is the overall impact of the combined symptoms that determines the level of intensity for this item.
- Headaches are rated in this item (and not in item 13, Somatic Symptoms, General). Rate all headaches here, regardless of type (e.g., tension, migraine).

GRID-HAMD

1 1

ITEM SCORE:

12. Loss of Appetite (Somatic Symptoms, Gastrointestinal)

Frequency				
(Somatic Symptoms, Gastrointestinal) This item assesses appetite (e.g., hunger, desire for food, enjoyment of food). <i>Note: Do not rate other gastrointestinal symptoms here. Rate in item 11: Anxiety, Somatic.</i>	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Some loss of appetite but eating without encouragement; less interest or pleasure in eating	0	1	1	1
Marked Marked loss of appetite, very little interest or pleasure in eating (e.g., forcing self to eat)		1	2	2

How has your appetite been this past week (compared to your usual appetite)? IF LESS: How much less than usual has it been?

Have you enjoyed eating as much as usual?

Have you had to push yourself to eat?

Have other people had to urge you to eat? Have you skipped meals?

Frequency

- During the past week, how much of the time was your appetite less than usual?
- How many meals did you just not feel like eating?
- How many days in the past week were like this? (Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- Change in quantity of food eaten may or may not indicate change in appetite. Some patients with decreased appetite may skip meals or eat less at meals. Others continue to eat, but feel they have to push themselves to eat. Both are rated.
- Do not count as symptomatic a patient whose depression has been associated with increased appetite and who is currently improving, with appetite decreasing to normal (pre-depression) levels.

13. Somatic Symptoms, General

Frequency				
This item assesses tiredness, loss of energy, fatigue, and muscular aches and pains.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Mild tiredness, loss of energy, fatigue, feelings of heaviness in limbs or being weighted down, or muscular aches or pains	0	1	1	1
Marked Prominent tiredness, loss of energy, fatigue, feelings of heaviness in limbs or being weighted down, or muscular aches or pains		1	2	2

How has your energy been this past week, compared to before you were depressed? IF LESS THAN USUAL: How much less energy than usual have you had?

Have you felt tired? (How bad has it been?)

This week, have you had any muscle aches or pains?

Have you felt any heaviness in your limbs, back, or head this past week? Or have you felt weighted down this past week?

How bad has it been?

Frequency

- During the past week, how often did you feel this way?
- How much of the time did you feel this way?
- How many days in the past week? (Was it every day? How much of each day?)

Notes:

Conventions

- Note that this item rates loss of physical energy as opposed to lack of interest, which is rated in item 7 (Work and Activities), although many patients have both symptoms.
- Any of the symptoms listed (e.g., decreased energy, heaviness in limbs, muscle aches) is sufficient to earn a positive rating on this item.
- Do not rate fatigue or muscle aches due to extra exertion or other causes clearly unrelated to depression (e.g., the flu, working very long hours).
- Headaches are not rated here, but are rated in item 11 Anxiety, Somatic.

14. Sexual Interest (Genital Symptoms)

This item assesses loss of interest or pleasure in sex; not amount of activity.	
<i>Symptom Intensity</i>	
Absent	0
Mild Some loss of interest or pleasure	1
Marked Marked loss of interest or pleasure	2

How has your interest in sex been in this past week? I'm not asking about actual sexual activity, but about your sexual interest or pleasure.

IF LOW OR NO INTEREST OR PLEASURE: Is this a change, compared to when you feel well?

Is it a little less or a lot less?

Notes:

Conventions

- Problems with sexual performance are not rated here, as long as interest remains unchanged.
- This item does not assess other symptoms (e.g., menstrual difficulties) categorized as genital in some versions of the HAMD.
- For a person without a partner, decreased interest may be evidenced by decreased thoughts about sex.
- Sexual interest is not limited to desire for intercourse, but includes desire for other sexual behaviors, e.g., masturbation.
- The non-depressed level of sexual interest varies considerably. Do not rate unless current interest is lower than non-depressed levels.
- A change from a very high level of interest to an average level of interest is still a decrease and is rated.
- Do not rate avoidance of partner due to interpersonal conflict if sexual interest remains unchanged.
- A person who has sex regularly despite reduced interest (e.g., to accommodate a partner) is still rated as symptomatic.

15. Hypochondriasis

Frequency				
	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Preoccupation with bodily functions and sensations, but no concerns about a specific illness	0	1	1	2
Moderate Excessive or unrealistic worry about having an illness (e.g., "I worry that these headaches are from a brain tumor").		1	2	3
Severe Strong unrealistic conviction of having an illness (e.g., "I am convinced I have cancer").		2	3	3
Very Severe Somatic delusions or hallucinations (e.g., "My insides are rotting").		4	4	4

In the last week, how much have your thoughts been focused on your physical health or how your body is working?

What have your thoughts been? Have you thought about this more than you did before you became depressed?

Have you worried that you might be sick or have some type of physical illness?
IF YES: What are you afraid you have?

Have you seen a doctor about these problems?
IF YES: What did the doctor say?

Severity

- How much time have you spent thinking about this?
- How worried have you been about this?
- How sure are you that you have (illness)?

Frequency

- During the past week, how often did you think about this?
- How much of the time did you think about this?
- How many days in the past week?
(Was it every day? How much of each day?)

Conventions

- Somatic symptoms, themselves (e.g., stomach aches) are rated under Anxiety, Somatic (Item 11). Rate here the patient's worry about or preoccupation with having the condition.
- Concerns about physical appearance (e.g., being overweight) are not rated in this item.
- Concerns about depressive symptoms, such as being tired or not sleeping, are rated only if the patient worries that these symptoms suggest a nonpsychiatric medical disease.
- Do not rate fears of getting or catching an illness; only the belief that the patient is already ill.
- A person who still strongly believes they have a specific illness despite overwhelming evidence to the contrary (e.g., repeated medical tests) is rated as having hypochondriasis.

GRID-HAMD

15

ITEM SCORE:

16. Loss of Weight

Rate A or B, but not both. Do not rate weight loss due to dieting and non-depression-related circumstances (e.g., weight loss due to general medical conditions).			
A. When rating by history At initial assessment, compare to pre-morbid weight. At follow-up, compare to previous visit.		B. When rating by actual weight changes Guidelines provided below apply to individuals who are of average weight.	
No weight loss	0	Less than 1 lb. (.5 kg) loss per week since last visit	0
Probable weight loss	1	1-2 lb. (.5-1 kg) loss per week since last visit	1
Definite weight loss	2	More than 2 lb. (>1 kg) loss per week since last visit	2

Have you lost any weight since this depression began?

AT INITIAL ASSESSMENT: Have you lost any weight since this began?

IF YES: Do you think it was because of feeling depressed or down? How much did you lose?

IF NOT SURE: Do you think your clothes are any looser on you?

IF YES: How much looser?

AT FOLLOW-UP: Have you lost any weight since your last visit?

IF YES: Do you think it was because of feeling depressed or down? How much did you lose?

IF NOT SURE: Do you think your clothes are any looser on you? IF YES: How much looser?

Have you gained any of the weight back? IF YES: How much?

NOTE: RATE 1 or 2 ONLY IF PATIENT LOST WEIGHT AND HAS NOT BEGUN TO GAIN IT BACK.

Notes:

Conventions

- At follow-up visit: If patients are still under their pre-morbid weight, the previous rating is carried forward, even if they have not lost additional weight (assuming that they have not gained any weight back).
- If patients were rated positive for weight loss at initial assessment, and have begun to gain weight but are still under their pre-morbid weight, decrease the score in the following manner: a probable (e.g., 1-2 lb) weight gain would lower the score by one point. For example, a 2 would be lowered to a 1 or a 1 would be lowered to a 0. A definite (greater than 2 lb) weight gain would reduce either a 2 or a 1 to a 0.
- If weight loss was rated at initial assessment with a score of 1 (probable weight loss) and at a follow-up visit the patient definitely weighs less (compared to her usual self), score 2.
- Some patients "rationalize" weight loss after the fact (e.g., feeling pleased and stating that the weight loss was beneficial because they needed to lose weight). This is still rated as symptomatic.
- When onset of the depressive episode is accompanied by weight gain, do not rate subsequent weight loss unless it falls below the pre-depression weight.
- If the patient was rated 0 at initial assessment and began to lose weight during the study, rate with the guidelines provided (e.g., probable weight loss in the past week would merit a score of 1, definite weight loss, a score of 2).

GRID-HAMD

16

ITEM SCORE:

17. Insight

This item assesses pathological denial of illness. Do not rate denial that reflects cultural norms.	
<i>Symptom Intensity</i>	
Absent Any recognition of depressive symptoms, with or without attribution to any cause (e.g., "I'm depressed because my partner always argues with me").	0
Mild Denies illness but accepts possibility of being ill (e.g., "I don't think there's anything wrong, but other people think there is").	1
Marked Complete denial of having illness (e.g., "I'm not depressed; I'm fine").	2

Notes:

Conventions

- This item measures the presence of severe denial of being depressed only in patients who are clearly symptomatic. Rate 0 for patients who are not clearly depressed.
- This item is rated based on prior questioning. This symptom is not often positive in outpatients and should be rated conservatively.
- Do not rate as symptomatic, denial that reflects cultural norms, e.g., in some cultures, admitting to feeling depressed is not generally accepted.
- Score a 0 if the patient recognizes they are in a depressed state - even if their explanation for why they are depressed seems implausible ("I'm depressed because I'm not getting enough vitamins").
- Some patients know something is wrong, but are not sure what depression is or if their symptoms are a result of being depressed or due to something else. Score a 0 if the patient allows for the possibility that they may be depressed. In this case, they are not denying they are depressed - they just don't know.

This marks the end of the GRID-HAMD-17.

ITEM SCORE:

TOTAL SCORE GRID-HAMD-17:

To continue with the screening items for the GRID-HAMD-21 please proceed to the next page.

18. Diurnal Variation

A. Note whether symptoms are consistently worse in the morning or evening. If NO diurnal variation, mark none. When variation is present, score severity of the variation.		B. When present mark the severity of the variation.	
Absent No variation OR not currently depressed SKIP TO NEXT ITEM	0	Mild Pattern of only slight variation	1
AM If worse in AM check here _____ and go to B.		Severe Pattern of marked variation	2
PM If worse in PM check here _____ and go to B.			

This past week, have you been feeling better or worse at any particular time of day? What about in the morning? In the evening?

IF VARIATION

How much worse do you feel in the (MORNING OR EVENING)?

IF UNSURE: A little bit worse or a lot worse?

How often this week has that happened?

Conventions

- Rate a pattern of variation only if the pattern is present most days in the past week.
- Do not rate both patterns (early and late) for the same week.
- Do not rate diurnal variation if difficulties are clearly situational (e.g., trouble getting kids off to school in the morning) and do not reflect an overall difference in mood.

Notes:

19. Depersonalization and Derealization

Frequency				
This item assesses feelings of detachment from oneself and the sense that the environment is strange or unreal.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Vague feelings of detachment from oneself (e.g., feels like one is living in a dream, or perception that environment or people in it look strange)	0	1	1	2
Moderate Definite sense of detachment, feels like an outside observer of one's thoughts and actions; others seem unfamiliar or mechanical		1	2	3
Severe Feelings of unreality that interfere with functioning; loss of emotional feeling (e.g., numbness, and sense of lacking control over one's actions)		2	3	3
Incapacitating Unable to function because of strong sense of unreality		4	4	4

In the past week, have you ever had the feeling that everything is unreal, or you're in a dream, or you're cut off from other people in some strange way?

IF YES: Tell me about it. How bad has that been? How often this week has that happened?

Have you felt detached from yourself? Like being an outside observer of your own thoughts or movements?

IF YES: Tell me about it. How bad has that been? How often this week has that happened?

Has the world around you seemed strange or unreal?

IF YES: Tell me about that. How bad has that been? How often this week has that happened?

Notes:

Conventions

- Severe symptoms of depersonalization and derealization are rare among depressed patients.
- Do not rate depersonalization if patient says she is "not feeling like herself" but means only that her behavior and mood have changed due to depression.
- Do not rate symptoms that occur exclusively in the context of seizures, migraine headaches, or other neurological problems.

20. Paranoid Symptoms

Frequency				
This item assesses excessive or irrational suspiciousness, or the unrealistic belief that one is being harassed, persecuted, or unfairly treated.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Unreasonably suspicious about others' motives, bears grudges or is unforgiving, doesn't trust others	0	1	1	2
Moderate Ideas of reference, overvalued ideas, reads hidden messages into benign remarks or events		1	2	3
Severe Delusions of reference or persecution.		2	3	3

This past week, have you been especially suspicious of others, or thought that someone was trying to give you a hard time or hurt you?

What about someone talking about you behind your back?

IF YES: Tell me about that. How bad has that been? How often this week has that happened?

Notes:

Conventions

- Paranoid symptoms are uncommon in depressed patients and affirmative answers should always be checked carefully.
- Patients with social anxiety often worry that others are paying a lot of attention to them. Do not rate as paranoid unless they are otherwise suspicious or wary of malicious intent.
- Do not rate as paranoid if there is evidence of a real conflict (that someone is giving the patient a hard time) and suspiciousness is limited to this person.

21. Obsessional and Compulsive Symptoms

Frequency				
This item assesses intrusive thoughts and repetitive behaviors as well as preoccupation with perfectionism, orderliness and control.	Absent Not occurring or clinically insignificant	Occasional Infrequent; less than 3 days; up to 30% of the week	Much of the time Often; 3-5 days; 31%-75% of the week	Almost all of the time Persistent; 6-7 days; more than 75% of the week
<i>Symptom Intensity</i>				
Absent	0			
Mild Perfectionism that interferes with task completion (e.g., can't finish something because it's never good enough; preoccupation with details and rules; frequent indecisiveness; or sporadic repetitive behaviors, such as hand-washing or counting.)	0	1	1	2
Severe Obsessions or compulsions that cause significant distress and interference with functioning; person may avoid situations that reflect the content of obsessions; attempts to resist compulsions cause extreme anxiety		1	2	2

In the past week, have there been things you've had to do over and over again, like checking the locks on the doors, touching certain things, or washing your hands?

IF YES: Can you give me an example? How bad has that been? How often this week has that happened?

Have you had any thoughts or images that don't make sense to you, but that keep running over and over in your mind despite your trying to stop them?

IF YES: Can you give me an example? How bad has that been? How often this week has that happened?

Notes:

Conventions

- Either obsessions alone or compulsions alone may be rated as severe if these are time-consuming and interfere with functioning.
- Do not rate thoughts of self-reproach or depressive rumination about past misdeeds (rated in item 2, Guilt) unless these thoughts are also **intrusive and irrational** (e.g., a repetitive thought that one left the stove on and may cause a fire—even though one had checked the stove).
- Do not rate repetitive worries about the future (rated in item 10, Psychic Anxiety) unless these thoughts are experienced as intrusive or irrational (e.g., an unjustified worry that someone may physically harm a loved one).
- Obsessions and compulsive behaviors are rated even if these precede the onset of depression.

This marks the end of the GRID-HAMD-21.

ITEM SCORE:

TOTAL SCORE GRID-HAMD-21:



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>