

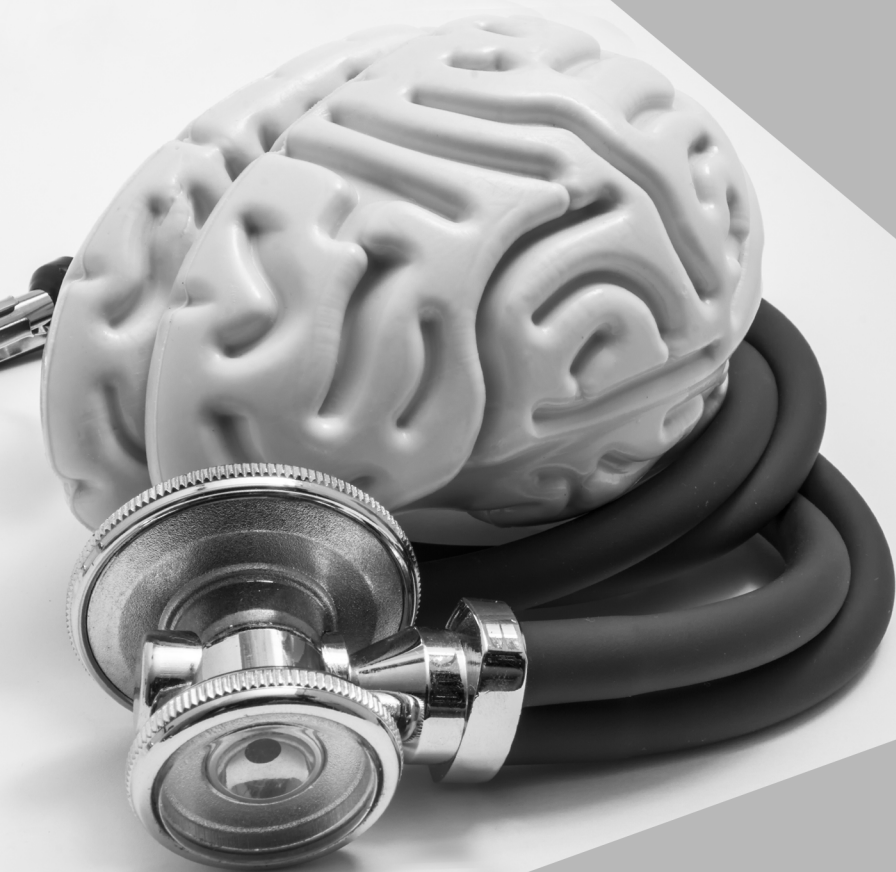
**Edson da Silva
(Organizador)**



Avanços na Neurologia e na sua Prática Clínica 2

Atena
Editora
Ano 2019

**Edson da Silva
(Organizador)**



Avanços na Neurologia e na sua Prática Clínica 2

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A946	Avanços na neurologia e na sua prática clínica 2 [recurso eletrônico] / Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa PR: Atena Editora, 2019. – (Avanços na Neurologia e na Sua Prática Clínica; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-894-6 DOI 10.22533/at.ed.946192312 1. Neurologia. 2. Sistema nervoso – Doenças. I. Silva, Edson da. II. Série. CDD 616.8
Elaborado por Maurício Amormino Júnior CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2019

APRESENTAÇÃO

A coleção “Avanços na neurologia e na sua prática clínica” é uma obra com foco principal na discussão científica por intermédio de trabalhos multiprofissionais. Em seus 21 capítulos o volume 2 aborda de forma categorizada e multidisciplinar outros trabalhos de pesquisas, relatos de casos e revisões que transitam nos vários caminhos da formação em saúde à prática clínica com abordagem em neurologia.

A neurologia é uma área em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a experiência clínica de diversas especialidades da saúde avançam, novas possibilidades terapêuticas surgem ou são aprimoradas, renovando o conhecimento desta especialidade. Assim, o objetivo central desta obra foi apresentar estudos ou relatos vivenciados em diversas instituições de ensino, de pesquisa ou de assistência à saúde. Em todos esses trabalhos observa-se a relação entre a neurologia e a abordagem clínica conduzida por profissionais de diversas áreas, entre elas a medicina, a fisioterapia e a enfermagem, além da pesquisa básica relacionada às ciências biológicas e da saúde.

Temas diversos são apresentados e discutidos nesta obra com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, profissionais e de todos aqueles que de alguma forma se interessam pela saúde em seus aspectos neurológicos. Compartilhar a evolução de diferentes profissionais e instituições de ensino superior com dados substanciais de diferentes regiões do país é muito enriquecedor no processo de atualização e formação profissional.

Deste modo a obra Avanços na neurologia e na sua prática clínica apresenta alguns progressos fundamentados nos resultados práticos obtidos por pesquisadores e acadêmicos que desenvolveram seus trabalhos que foram integrados a esse e-Book. Espero que as experiências compartilhadas neste volume contribuam para o enriquecimento de novas práticas com olhares multidisciplinares para a neurologia.

Edson da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
O ESTUDO DA NEUROLOGIA ATRAVÉS DE METODOLOGIA ATIVA DE UMA IES DA AMAZÔNIA	
Andressa Viana Oliveira Rafael de Azevedo Silva Lorena Fecury Tavares Luis Régis de Sousa Neto Eduardo André Louzeiro Lama	
DOI 10.22533/at.ed.9461923121	
CAPÍTULO 2	6
A PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA E FATORES DE RISCO NO ENVELHECIMENTO	
Maria Josilene Castro de Freitas Fernanda Araújo Trindade Dandara de Fátima Ribeiro Bendelaque Eliane da Costa Lobato da Silva Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona Marcielle Ferreira Da Cunha Lopes Gisely Nascimento da Costa Maia Brena Yasmin Barata Nascimento Raylana Tamires Carvalho Contente André Carvalho Matias Helena Silva da Silva Marcos Valério Monteiro Padilha Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.9461923122	
CAPÍTULO 3	10
PERFIL DOS NÍVEIS DE VITAMINA D DE PACIENTES COM DOENÇA DESMIELINIZANTE	
Andressa Thais Culpí Ana Carolina Sinigaglia Lovato Rodrigo Picheth di Napoli Monica Koncke Fiuza Parolin Samia Moreira Akel Soares	
DOI 10.22533/at.ed.9461923123	
CAPÍTULO 4	20
ANÁLISE DOS BIOMARCADORES NEUROGRANINA E YKL-40 NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER	
Paulo Eduardo Lahoz Fernandez	
DOI 10.22533/at.ed.9461923124	
CAPÍTULO 5	25
EFETIVIDADE DO TREINAMENTO DUPLA TAREFA NOS SINTOMAS MOTORES E NÃO MOTORES DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS	
Josiane Lopes Maria Eduarda Brandão Bueno Suhaila Mahmoud Smaili	
DOI 10.22533/at.ed.9461923125	

CAPÍTULO 6 38

RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Andreza Prestes dos Santos
Cejane Oliveira Martins Prudente
Sue Christine Siqueira
Tainara Sardeiro de Santana
Andrea Cristina de Sousa
Christina Souto Cavalcante Costa
Kenia Alessandra de Araújo Celestino
Marcelo Jota Rodrigues da Silva
Fabrício Galdino Magalhães
Lorena Tassara Quirino Vieira

DOI 10.22533/at.ed.9461923126

CAPÍTULO 7 49

INSTRUMENTOS DE RASTREIO CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM EPILEPSIA

Paulo Eduardo Lahoz Fernandez

DOI 10.22533/at.ed.9461923127

CAPÍTULO 8 62

O AMBIENTE DE TRABALHO COMO DESENCADEADOR DE PROBLEMAS DA SAÚDE MENTAL NOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA DE 2011 À 2017

Romulo Roberto Pantoja da Silva
Leopoldo Silva de Moraes
Cleide da Conceição Costa Pantoja
Faena Santos Barata
Paulo Henrique Viana da Silva
Renata Foro Lima Cardoso
Maria Vitória Leite de Lima

DOI 10.22533/at.ed.9461923128

CAPÍTULO 9 74

PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM IDOSOS E FATORES RELACIONADOS

Maria Josilene Castro de Freitas
Fernanda Araújo Trindade
Rodolfo Marcony Nobre Lira
Dandara de Fátima Ribeiro Bendelaque
Eliane da Costa Lobato da Silva
Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona
Kellys Cristina Gonçalves Magalhães da Mata
Gisely Nascimento da Costa Maia
Raylana Tamires Carvalho Contente
André Carvalho Matias
Helena Silva da Silva
Marcos Valério Monteiro Padilha Júnior

DOI 10.22533/at.ed.9461923129

CAPÍTULO 10 78

AUTISMO PERANTE O CONHECIMENTO ACADÊMICO

Isabela Meira Caunetto Morozini
Raquel Lie Okoshi
Rudá Alessi

DOI 10.22533/at.ed.94619231210

CAPÍTULO 11 82

CONDUTAS DE REABILITAÇÃO PARA SINTOMAS DE COMPRESSÃO RAQUIMEDULAR POR HÉRNIA DISCAL

Rodrigo Canto Moreira
Marcilene de Jesus Caldas Costa
Carla Nogueira Soares
Bianca Lethycia Cantão Marques
Elaine Juliana da Conceição Tomaz
Nathânia Silva Santos

DOI 10.22533/at.ed.94619231211

CAPÍTULO 12 91

FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES IDOSAS COMUNITÁRIAS COM CONDIÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS DOLOROSAS

Juliano Bergamaschine Mata Diz
Bruno de Souza Moreira
Vitor Tigre Martins Rocha
Bárbara Zille de Queiroz
Daniele Sirineu Pereira
Lygia Paccini Lustosa
Leani Souza Máximo Pereira

DOI 10.22533/at.ed.94619231212

CAPÍTULO 13 102

A PRESENÇA DE DOR CIÁTICA ESTÁ ASSOCIADA A MAIORES ESCORES DE INTENSIDADE DA DOR E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS

Vitor Tigre Martins Rocha
Juliano Bergamaschine Mata Diz
Bruno de Souza Moreira
Amanda Aparecida Oliveira Leopoldino
Lygia Paccini Lustosa
Leani Souza Máximo Pereira

DOI 10.22533/at.ed.94619231213

CAPÍTULO 14 110

ESCOLIOSE CONGENITA DEVIDO À HEMIVÉRTEBRA LOMBOSSACRAL ASSOCIADA À RADICULOPATIA: RELATO DE CASO

Poliana Lima Campos
Rhíllary Santana Sá
Daniela Lima Campos
Murilo Lima Campos
Sergio Ryschannk Dias Belfort

DOI 10.22533/at.ed.94619231214

CAPÍTULO 15 119

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM GLOMERULONEFRITE AGUDA EM UM SETOR HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Carolina Rozario Pantoja
Danilo Sousa das Mercês
Bruno de Jesus Castro dos Santos
Andreza Calorine Gonçalves da Silva
Elaine Cristina Pinheiro Viana Pastana
Vera Lúcia Lima Ribeiro
Elizabeth Valente Barbosa
Leticia Barbosa Alves
Jéssica das Mercês Ferreira
Edivone do Nascimento Marquês
Tamires de Nazaré Soares

DOI 10.22533/at.ed.94619231215

CAPÍTULO 16 125

A REALIDADE VIRTUAL COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Antonio José dos Santos Camurça
Fabiana Barros Melo
Daiane Pontes Leal Lira
Germana Freire Rocha Caldas

DOI 10.22533/at.ed.94619231216

CAPÍTULO 17 138

MENINGITE POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE: ASPECTOS CLÍNICOS

Marcielle ferreira da Cunha Lopes
Maria Josilene Castro de Freitas
Gisely Nascimento da Costa Nascimento
Marcos Valério Monteiro Padilha Junior
Helena Silva da Silva
Romário Cabral Pantoja
Telma do Socorro Rodrigues Serrão
Fabrício Farias Barra
Raylana Tamires Carvalho Contente

DOI 10.22533/at.ed.94619231217

CAPÍTULO 18 141

RELATO DE CASO: LIPOFUSCINOSE CERÓIDE NEURONAL EM CRIANÇAS GEMELARES

Caio Vidal Bezerra
Aline Portela Muniz
Fernanda Paiva Pereira Honório
Gabriel Pinheiro Martins de Almeida e Souza
Mateus Cordeiro Batista Furtuna Silva
Paulo Esrom Moreira Catarina
João Gabriel Dias Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.94619231218

CAPÍTULO 19	147
PADRÃO EXTREME DELTA BRUSH EM ELETROENCEFALOGRAFIA (EEG) DE PACIENTES COM ENCEFALITE AUTOIMUNE ANTI-NMDA	
Paulo Eduardo Lahoz Fernandez	
DOI 10.22533/at.ed.94619231219	
CAPÍTULO 20	153
TEMPORAL SUBCUTANEOUS CAVERNOUS HEMANGIOMA: CASE REPORT AND REVIEW	
Breno Nery	
Fred Bernardes Filho	
Loan Towersey	
Leandro César Tângari Pereira	
Rodrigo Antônio Fernandes Costa	
Eduardo Quaggio	
Lígia Henriques Coronatto	
Bruno Camporeze	
Daniela Pretti da Cunha Tirapelli	
DOI 10.22533/at.ed.94619231220	
CAPÍTULO 21	161
PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO INTERNOS RECIFE/PERNAMBUCO	
Américo Danúzio Pereira de Oliveira	
Ana Rosa Corrêa Melo Lima	
DOI 10.22533/at.ed.94619231221	
SOBRE O ORGANIZADOR	164
ÍNDICE REMISSIVO	165

INSTRUMENTOS DE RASTREIO CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM EPILEPSIA

Data de aceite: 28/11/2019

Paulo Eduardo Lahoz Fernandez

Universidade de Santo amaro – SP, Brasil

E-mail: lahoz.paulo@gmail.com

RESUMO: **Introdução:** Depressão é a comorbidade psiquiátrica mais frequente em pacientes com epilepsia (PCE). Existem vários métodos disponíveis para detectar depressão, como avaliações psiquiátricas ou psicológicas, entrevistas estruturadas e ferramentas de triagem de auto-relato. Muitas ferramentas para rastreio de depressão foram desenvolvidos para uso na população em geral. É importante identificar ferramentas válidas para o rastreio de depressão que possam ser utilizados em contextos clínicos, identificando precocemente os sintomas depressivos, otimizando assim o tratamento. **Objetivo:** Avaliar na literatura os instrumentos de rastreio disponíveis para identificar depressão em PCE na prática clínica neurológica. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura por um examinador utilizando o banco de dados PUBMED-MEDLINE no período de 2010-2019 com base no rastreio de artigos no idioma inglês que apresentaram instrumentos de rastreio de depressão em PCE. Foram utilizados os seguintes termos de busca: Rastreio clínico,

epilepsia e depressão. **Resultados:** Foram encontrados nove instrumentos de rastreio em PCE: Questionário de qualidade de vida na epilepsia (QOLIE-31-P), Inventário de depressão em transtornos depressivos neurológicos para epilepsia (IDTN-E), Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Questionários sobre a saúde do paciente (PHQ-9 e PHQ-2), entrevista neuropsiquiátrica internacional mini (MINI), Índice de bem-estar OMS (WHO-5), Escala de depressão de Hamilton (HRSD) e Termômetros emocionais (TEs). **Conclusão:** Existem instrumentos válidos para o rastreio de depressão em PCE na prática da clínica neurológica capazes de identificar precocemente os sintomas depressivos. Recomenda-se o uso seletivo e pontual das escalas de forma customizada de acordo com o caso específico.

PALAVRAS-CHAVE: Rastreio clínico, epilepsia e depressão.

CLINICAL SCREENING INSTRUMENTS FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN EPILEPTIC PATIENTS

ABSTRACT: **Introduction:** Depression is the most frequent psychiatric condition in patients with epilepsy (PCE). There are several methods available for detecting depression, such as psychiatric or psychological, structured

interviews and self-relationship screening tools. Many depression screening tools have been affected for use in the general population. It is important to identify valid depression-altering tools that can be detected in clinical settings with early detection of the depressive symptoms, thus optimizing the treatment. **Objective:** To evaluate in the literature the screening tools available to identify depression in PWE in neurological clinical field. **Methodology:** A literature review was performed by 1 examiner using the PUBMED-MEDLINE database in the period of 2010-2019 based on the screening of English-language articles that presented depression screening tools in Patients with epilepsy (PWE). The following search terms were used: Clinical screening, epilepsy and depression. **Results:** Nine PCE screening instruments were found: Epilepsy Quality of Life Questionnaire (QOLIE-31-P), Depression Inventory in Epilepsy Neurological Depressive Disorders (IDTN-E), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Patient Health Questionnaires (PHQ-9 and PHQ-2), International Mini Neuropsychiatric Interview (MINI), WHO Wellness Index (WHO-5), Hamilton depression scale (HRSD) and Emotional Thermometers (TEs). **Conclusion:** There are valid instruments for screening for depression in PWE in the neurological clinical field that can identify early the depressive symptoms. Selective and use of scales in a customized manner according to the specific case is recommended.

KEYWORDS: Clinical screening, epilepsy and depression.

1 | INTRODUÇÃO

Depressão é a condição psiquiátrica mais frequente em pacientes com epilepsia (PCE). Está associada ao declínio da funcionalidade e à baixa qualidade de vida apresentando maior mortalidade e morbidade com aumento do número de crises convulsivas. Os PCE apresentam maior taxa de suicídio (12%) em comparação com a população em geral (1,1 a 1,2%). (JONES et al., 2003). Um estudo dinamarquês evidenciou que o suicídio é 3 vezes mais comum em pacientes depressivos do que na população geral e 13 vezes mais frequente em PCE quando associado a distúrbios psiquiátricos. (CHRISTENSEN et al., 2007). A ocorrência de depressão e ansiedade muitas vezes passam despercebidas, sendo negligenciados no diagnóstico e tratamento destes pacientes. (BOYLAN et al., 2004; GILLIAM et al., 2004; KWON; PARK, 2014). O consenso da Mood Disorders Initiative da Epilepsy Foundation reconheceu as dificuldades no diagnóstico e tratamento da depressão na prática neurológica, associando à falta de tempo e treinamento. (BARRY et al., 2008). Isso enfatiza a necessidade de confiabilidade e eficácia nos métodos de triagem para depressão, com a finalidade de obter melhores resultados gerais para a saúde em PCE. (GILL et al., 2017). Existem vários métodos disponíveis para detectar depressão, como avaliações psiquiátricas ou psicológicas, entrevistas estruturadas e ferramentas de triagem de auto-relato. (FIEST; PATTEN; JETTÉ,

2016). Muitas ferramentas para rastreio de depressão foram desenvolvidos para uso na população em geral. (LAKKIS; MAHMASSANI, 2015; PETTERSSON et al., 2015), porém a única ferramenta específica para epilepsia é o Inventário de depressão em transtornos depressivos neurológicos para epilepsia (IDTN-E). É importante identificar ferramentas válidas para rastreio de depressão que possam ser utilizadas em contextos clínicos, identificando precocemente os sintomas depressivos, otimizando assim o tratamento. Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura os instrumentos de rastreio disponíveis na prática clínica para identificar depressão e em PCE, bem como sua aplicabilidade na prática clínica.

2 | OBJETIVOS

Avaliar na literatura os instrumentos de rastreio disponíveis para identificar depressão em PCE na prática clínica neurológica.

3 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura por 1 examinador utilizando o banco de dados PUBMED-MEDLINE no período de 2010-2019 com base no rastreio de artigos no idioma inglês que apresentaram instrumentos de rastreio de depressão em PCE. Foram utilizados os seguintes termos de busca: Rastreio clínico, epilepsia e depressão.

4 | RESULTADOS

Foram encontrados 9 instrumentos de rastreio em PCE incluindo: Questionário de qualidade de vida na epilepsia (QOLIE-31-P), Inventário de depressão em transtornos depressivos neurológicos para epilepsia (IDTN-E), Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Questionários sobre a saúde do paciente (PHQ-9 e PHQ-2), Entrevista neuropsiquiátrica internacional mini (MINI), Índice de bem-estar OMS (WHO-5), Escala de depressão de Hamilton (HRSD) e Termômetros emocionais (TEs).

5 | DISCUSSÃO

5.1 Questionário de qualidade de vida na Epilepsia (QOLIE-31-P)

O QOLIE-31 é uma escalada desenvolvida nos Estados Unidos para avaliar a qualidade de vida. (CRAMER et al., 1998) É composta por 30 itens divididos em 7 subescalas: Preocupação associado a crises convulsivas (5 itens), bem-estar

emocional (5 itens), fadiga (4 itens), funcionalidade social (5 itens), funcionalidade cognitiva (6 itens) e qualidade de vida geral (2 itens). O escore varia de 0 a 100 pontos. Sabe-se que a qualidade de vida pode ser influenciada por diversos fatores como gravidade e frequência das crises, duração, tipo de epilepsia, grau de controle das crises, emprego, status profissional, comorbidades, efeitos adversos a drogas, comprometimento do NC, estado pós-ictal. (KUBOTA; AWAYA, 2010). Desta forma, devido a influencia destes fatores, talvez não seria considerada a melhor escolha para rastreio desta condição na prática clínica.

5.2 Inventário de depressão em transtornos depressivos neurológicos para epilepsia (NDDI-E)

O NDDI-E é um instrumento específico para epilepsia desenvolvido para rastrear rapidamente episódios de depressão na clínica neurológica. (GILLIAM et al., 2006) Foi projetado para identificar sintomas depressivos que podem ser separados dos efeitos colaterais dos medicamentos antiepiléticos. (GILLIAM et al., 2006) É composto por 6 itens, que permite rápida triagem (3 min) para depressão em PCE. Os itens deste instrumento investiga sintomas de depressão, excluindo itens de possível correlação com os efeitos colaterais da droga antiepiléptica (DEA) ou epilepsia em si, como sonolência ou problemas de memória. A soma das pontuações obtidas em cada item resultam em uma pontuação total que varia de 6 a 24. Este instrumento foi validado para brasileiros com o mesmo ponto de corte (>15) e especificidade > 80 %. (OLIVEIRA et al., 2011).

APPENDIX I.
QOLIE-31 (Version 1.0, U.S.-English)
Patient Inventory¹

1. Overall, how would you rate your quality of life?
Circle one number on a scale from 10 (Best

¹ Copyright held by RAND. Permission to use the QOLIE-31 (Version 1.0 U.S.-English) may be obtained from RAND, 1700 Main St., P.O. Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138, U.S.A. Attention: Contracts and Grants Services.

Possible QOL) to 0 (Worst Possible QOL, as bad as or worse than being dead)

These questions are about how you FEEL and how things have been for you during the past 4 weeks. For each question, please indicate the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks. . . (Circle one number on a scale ranging from 1 [All of the time] to 6 [None of the time].)

2. Did you feel full of pep?
3. Have you been a nervous person?
4. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
5. Have you felt calm and peaceful?
6. Did you have a lot of energy?
7. Have you felt downhearted and blue?
8. Did you feel worn out?
9. Have you been a happy person?
10. Did you feel tired?
11. Have you worried about having another seizure?
12. Did you have difficulty reasoning and solving problems (such as making plans, making decisions, learning new things)?
13. Has your health limited your social activities (such as visiting with friends or close relatives)?
14. How has the quality of your life been during the past 4 weeks (that is, how have things been going for you)? (Dartmouth Coop Chart 1-5) (Circle one number on a ladder scale ranging from 1 = Very well; could hardly be better, to 5 = Very bad; could hardly be worse)
15. In the past 4 weeks, have you had any trouble with your memory? (Circle one number between 1 and 4.) 1 = yes, a great deal; 4 = No, not at all
16. Circle one number for how often in the past 4 weeks you have had trouble remembering or how often this memory problem has interfered with your normal work or living. Trouble remembering things people tell you. (Circle one number on a scale from 1 = All of the time to 6 = none of the time)

The following questions are about CONCENTRATION problems you may have. Circle one number for how often in the past 4 weeks you had trouble concentrating or how often these problems interfered with your normal work or living. (Circle one number on a scale from 1 = All of the time to 6 = None of the time)

17. Trouble concentrating on reading.
18. Trouble concentrating on doing one thing at a time

The following questions are about problems you may have with certain ACTIVITIES. Circle

one number for how much during the past 4 weeks your epilepsy or antiepileptic medication has caused trouble with. . . (Circle one number on a scale from 1 = A great deal to 6 = Not at all)

19. Leisure time (such as hobbies, going out)
 20. Driving
- The following questions relate to the way you FEEL about your seizures.
21. How fearful are you of having a seizure during the next month? (Circle one number on a scale from 1 = Very fearful to 4 = Not fearful at all)
 22. Do you worry about hurting yourself during a seizure? (Circle one number on a scale from 1 = Worry a lot to 3 = Don't worry at all)
 23. How worried are you about embarrassment or other social problems resulting from having a seizure during the next month? (Circle one number on a scale from 1 = Very worried to 4 = Not worried at all)
 24. How worried are you that medications you are taking will be bad for you if taken for a long time? (Circle one number on a scale from 1 = Very worried to 4 = Not worried at all)

For each of these PROBLEMS, circle one number for how much they bother you (on a scale of 1 to 5 where 1 = Not at all bothersome, and 5 = Extremely bothersome).

25. Seizures
26. Memory difficulties
27. Work limitations
28. Social limitations
29. Physical effects of antiepileptic medication
30. Mental effects of antiepileptic medication
31. How good or bad do you think your health is? On the thermometer scale below, the best imaginable state of health is 100 and the worst imaginable state is 0. Please indicate how you feel about your health by circling one number on the scale. Please consider your epilepsy as part of your health when you answer this question. (Thermometer scale 100 = Best Imaginable Health State to 0 = Worst Imaginable Health State (as bad as or worse than being dead))

Scale/item numbers

- Seizure Worry: 11, 21-25
Overall Quality of Life: 1, 14
Emotional well-being: 3-5, 7, 9
Energy/fatigue: 2, 6, 8, 10
Cognitive: 12, 15-18, 26
Medication effects: 24, 29, 30
Social function: 13, 19, 20, 27, 28

Figura 1. Questionário de qualidade de vida na epilepsia (QOL31-P). (CRAMER et al., 1998)

	Always or often	Sometimes	Rarely	Never
Everything is a struggle	4	3	2	1
Nothing I do is right	4	3	2	1
Feel guilty	4	3	2	1
I'd be better off dead	4	3	2	1
Frustrated	4	3	2	1
Difficulty finding pleasure	4	3	2	1

Figura 2. Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E). (Gilliam et al, 2006)

5.3 Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS-D)

A HADS-D é uma subescala da HADS consistindo em 7 itens de múltipla escolha para avaliar sintomas de depressão que podem ser aplicados em 5 minutos. Os sintomas depressivos do HADS-D são diferentes da maioria das escalas, porque não são mapeados diretamente nos critérios do DSM. Os itens são apresentados na forma de uma escala de 4 pontos, resultando em uma pontuação final variando

de 0 a 21. O HADS-D foi validado no Brasil a partir de um estudo que sugeriu que um ponto de corte de 7 teve melhor desempenho para o diagnóstico de depressão em pessoas com epilepsia. (BOTEGA et al., 1998). Esta escala pode ter vantagens sobre outras escalas gerais de depressão, (ZIGMOND; SNAITH, 1983) porque não incluem sintomas somáticos da depressão que também podem ser efeitos colaterais dos antiepiléticos ou pela própria epilepsia. Uma das principais desvantagens do HADS é o seu custo, já que não está disponível gratuitamente e é necessário obter uma licença para seu uso. (FIEST; PATTEN; JETTÉ, 2016).

5.4 Questionários sobre a saúde do paciente (PHQ-9 e PHQ-2)

O PHQ-9 é um instrumento de 9 itens utilizado para avaliar sintomas depressivos, podendo estabelecer um diagnóstico de depressão. (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Os itens estão associados aos critérios do DSM-IV para depressão maior, incluindo o critério que os sintomas estejam presentes mais da metade do tempo nas 2 semanas anteriores. Todos os itens são pontuados de 0 a 3 (por exemplo, 0 indica que os problemas não incomodam a pessoa, enquanto 3 indica que incomodam a mesma).

Chart 1 – Hospital Anxiety and Depression Scale

This questionnaire will help your physician to know how you are feeling. Read every sentence. Place an "X" on the answer that best describes how you have been feeling during the LAST WEEK. You do not have to think too much to answer. In this questionnaire, spontaneous answers are more important.

<p>A 1) I feel tense or wound up: 3 () Most of the time 2 () A lot of the time 1 () From time to time 0 () Not at all</p> <p>D 2) I still enjoy the things I used to enjoy 0 () Definitely as much 1 () Not quite so much 2 () Only a little 3 () Hardly at all</p> <p>A 3) I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen 3 () Very definitely and quite badly 2 () Yes, but not too badly 1 () A little, but it doesn't worry me 0 () Not at all</p> <p>D 4) I can laugh and see the funny side of things 0 () As much as I always could 1 () Not quite as much now 2 () Definitely not so much now 3 () Not at all</p> <p>A 5) Worrying thought goes through my mind 3 () A great deal of the time 2 () A lot of the time 1 () From time to time but not too often 0 () Only occasionally</p> <p>D 6) I feel cheerful 3 () Not at all 2 () Not often 1 () Sometimes 0 () Most of the time</p> <p>A 7) I can seat at ease and feel relaxed 0 () Definitely 1 () Usually 2 () Not often 3 () Not at all</p> <p>D 8) I feel as if I am slowed down 3 () Nearly all the time 2 () Very often 1 () Sometimes 0 () Not at all</p>	<p>A 9) I get a sort of frightened feeling like butterflies in the stomach 0 () Not at all 1 () Occasionally 2 () Quite often 3 () Very often</p> <p>D 10) I have lost interest in my appearance 3 () Definitely 2 () I don't take so much care as I should 1 () I may not take quite as much care 0 () I take just as much care as ever</p> <p>A 11) I feel restless, as if I had to be on the move 3 () Very much indeed 2 () Quite a lot 1 () Not very much 0 () Not at all</p> <p>D 12) I look forward with enjoyment to things 0 () As much as I ever did 1 () Rather less than I used to 2 () Definitely less than I used to 3 () Hardly at all</p> <p>A 13) I get sudden feeling of panic 3 () Very often indeed 2 () Quite often 1 () Not very often 0 () Not at all</p> <p>D 14) I can enjoy a good TV or radio program or book 0 () Often 1 () Sometimes 2 () Not often 3 () Very seldom</p>
---	--

HADS-D Items

2 - I still enjoy the things I used to enjoy

4 - I can laugh and see the funny side of things

6 - I feel cheerful

8 - I feel as if I am slowed down

10 - I have lost interest in my appearance

12 - I look forward with enjoyment to things

Figura 3. Escala Hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) e subescala para depressão HADS-D (Marcolino, 2007; Falavigna, 2011)

Indicaram que incomodavam quase todos os dias. Para o corte método de pontuação, uma pontuação total de 10 ou mais em 27 é considerada sugestivo de depressão maior na população em geral. O PHQ- 2 inclui apenas os dois principais sintomas da depressão, sendo que pelo menos um deles deve estar presentes para os critérios de diagnóstico: interesse diminuído ou prazer e humor deprimido. A presença de um desses sintomas mais da metade dos dias em uma semana indica a possibilidade de depressão maior. Um Estudo evidenciou que a triagem de depressão baseada em cuidados primários para PCE pode aumentar o reconhecimento dos sintomas de depressão usando a escala o PHQ-2 ou um NDDI-E, sendo que os casos positivos devem ser seguidos com ferramentas de triagem de segunda linha mais específicas (MITCHELL; COYNE, 2007), como o PHQ-9, e por uma equipe clínica treinada que pode confirme o diagnóstico, quando aplicável. (MARGROVE et al., 2011).

Over the *last 2 weeks*, how often have you been bothered by any of the following problems?

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

(For office coding: Total Score _____ = _____ + _____ + _____)

If you checked off *any* problems, how *difficult* have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all Somewhat difficult Very difficult Extremely difficult

Appendix A. Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Over the <i>last 2 weeks</i> , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
(a) Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

English and German versions of PHQ-2 and PHQ-9 are available from the first author. PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer.

Figura 4. Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9 e PHQ-2). (Kroenke, 2001; Lowe, 2005)

5.5 Entrevista neuropsiquiátrica internacional mini (MINI)

O MINI foi desenvolvido como um entrevista diagnóstica curta e eficiente para ser usada nas pesquisas e prática clínicas. (SHEEHAN et al., 1998). O MINI possui um módulo que inclui 6 perguntas para avaliar o risco de suicídio: 5 perguntas para avaliar ideação suicida, planejamento e tentativa de suicídio no mês passado e 1 pergunta sobre tentativas prévias de suicídio. A gravidade é avaliada de acordo com a pontuação dividindo-se em sem (0), baixo (1–5), moderado (6–9) e alto (10) nível

de risco de suicídio. Este módulo também já foi utilizado para PCE. (JONES et al., 2003). Tal ferramenta pode não ser a melhor ferramenta para uso em ambientes clínicos, pois consome muito tempo e deve ser administrado por um profissional de saúde mental.

In the past month did you:			Points
1. Think that you would be better off dead or wish you were dead?	NO	YES	1
2. Want to harm yourself?	NO	YES	2
3. Think about suicide?	NO	YES	6
4. Have a suicide plan?	NO	YES	10
5. Attempt suicide?	NO	YES	10
In your lifetime:			
6. Did you ever make a suicide attempt?	NO	YES	4

IS AT LEAST 1 OF THE ABOVE CODED YES?

IF YES, ADD THE TOTAL NUMBER OF POINTS FOR THE ANSWERS (1–6) CHECKED “YES” AND SPECIFY THE LEVEL OF SUICIDE RISK AS FOLLOWS:

		NO	YES
SUICIDE RISK CURRENT			
1–5 points	Low	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6–9 points	Moderate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>9 points	High	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 5. Entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI). (Jones JE, 2003)

5.6 Índice de bem-estar OMS (WHO-5)

O WHO-5 é um questionário de 5 itens que usa declarações positivas para medir o bem-estar mental de um indivíduo nas 2 semanas anteriores. (BECH, 2012) Foi validado para detectar depressão em várias populações clínicas. Possui valor entre 0 e 100. Cada item é classificado com 6 escala de pontos de 0 a 5. A pontuação varia de 0 a 25. A pontuação é calculada multiplicando a pontuação por 4 e obtendo assim uma escala de 0 (pior) a 100 (melhor). A pontuação abaixo de 50 é interpretada como indicando risco de depressão e ansiedade. (BECH, 2012; TOPP et al., 2015). Estudo evidenciou que no WHO-5 pontuação de corte abaixo de 50 é quase tão bom quanto NDDI-E com uma pontuação de corte acima 13 na detecção de depressão em pacientes com epilepsia. Desta forma, recomendou-se o uso combinado de NDDIE e WHO-5 para triagem clínica de pacientes com epilepsia depressão e ansiedade. (HANSEN; AMIRI, 2015).

5.7 Escala de depressão de Hamilton (HRSD)

No HRSD, o clínico deve escolher a possível resposta a cada pergunta entrevistando o paciente e observando a comportamento. Cada pergunta tem entre 3 e 5 respostas possíveis que aumentam em gravidade. Na escala original publicada

em 1960, as 17 primeiras perguntas contribuem para a pontuação total (HRSD-17). Esta escala é administrada em cerca de 20 a 30 minutos. Uma pontuação de 0 a 7 é considerada normal; pontuações iguais ou superiores a 20 indicam depressão moderadamente grave. As perguntas 18–21 podem ser

The WHO-5 questionnaire						
Instructions: Please indicate for each of the 5 statements which is closest to how you have been feeling over the past 2 weeks.						
Over the past 2 weeks...	All of the time	Most of the time	More than half the time	Less than half the time	Some of the time	At no time
1 ... I have felt cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
2 ... I have felt calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
3 ... I have felt active and vigorous	5	4	3	2	1	0
4 ... I woke up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
5 ... my daily life has been filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0

Scoring principle: The raw score ranging from 0 to 25 is multiplied by 4 to give the final score from 0 representing the worst imaginable well-being to 100 representing the best imaginable well-being.

Figura 6. Questionário de bem-estar da OMS (WHO-5). (Topp CW, 2015).

registrados para fornecer mais informações sobre a depressão (como se houver variação diurna ou sintomas paranóicos), mas não faz parte da escala. Diferentes autores apontam que pacientes com epilepsia podem apresentar transtornos de humor caracterizados por sintomas atípicos. (KANNER, 2009; MULA, 2013). Desta forma, escores associados a fatores identificáveis poderiam ser utilizados para investigar clusters específicos de sintomas. (MULA et al., 2014), contribuindo para pesquisas futuras e ensaios clínicos.

5.8 Termômetros emocionais (TE)

Esta ferramenta foi originalmente desenvolvida para rastrear problemas psicológicos em oncologia. (MITCHELL et al., 2010) O Termômetro emocional (TE) é provavelmente o exemplo mais conhecido e é um auto-relato de um item, lápis e papel, que consiste em uma linha com uma escala de 0 a 10 ancorada no 0 aponte com "sem angústia" e no ponto de escala 10 com "extrema angústia". Os pacientes recebem a pergunta: Quão angustiado você esteve durante na semana passada em uma escala de 0 a 10? O TE representa um avanço importante na triagem.

- | | |
|---|--|
| <p>1 DEPRESSED MOOD (<i>sadness, hopeless, helpless, worthless</i>)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Absent.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> These feeling states indicated only on questioning.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> These feeling states spontaneously reported verbally.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Communicates feeling states non-verbally, i.e. through facial expression, posture, voice and tendency to weep.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Patient reports virtually only these feeling states in his/her spontaneous verbal and non-verbal communication.</p> | <p>2 FEELINGS OF GUILT</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Absent.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Self reproach, feels he/she has let people down.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Present illness is a punishment. Delusions of guilt.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations.</p> |
|---|--|

3 SUICIDE
0 Absent.
1 Feels life is not worth living.
2 Wishes he/she were dead or any thoughts of possible death to self.
3 Ideas or gestures of suicide.
4 Attempts at suicide (any serious attempt rate 4).

4 INSOMNIA: EARLY IN THE NIGHT
0 No difficulty falling asleep.
1 Complains of occasional difficulty falling asleep, i.e. more than ½ hour.
2 Complains of nightly difficulty falling asleep.

5 INSOMNIA: MIDDLE OF THE NIGHT
0 No difficulty.
1 Patient complains of being restless and disturbed during the night.
2 Waking during the night – any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding).

6 INSOMNIA: EARLY HOURS OF THE MORNING
0 No difficulty.
1 Waking in early hours of the morning but goes back to sleep.
2 Unable to fall asleep again if he/she gets out of bed.

7 WORK AND ACTIVITIES
0 No difficulty.
1 Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities, work or hobbies.
2 Loss of interest in activity, hobbies or work – either directly reported by the patient or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he/she has to push self to work or activities).
3 Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. Rate 3 if the patient does not spend at least three hours a day in activities (job or hobbies) excluding routine chores.
4 Stopped working because of present illness. Rate 4 if patient engages in no activities except routine chores, or if patient fails to perform routine chores unassisted.

8 RETARDATION (slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity)
0 Normal speech and thought.
1 Slight retardation during the interview.
2 Obvious retardation during the interview.
3 Interview difficult.
4 Complete stupor.

9 AGITATION
0 None.
1 Fidgetiness.
2 Playing with hands, hair, etc.
3 Moving about, can't sit still.
4 Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips.

10 ANXIETY PSYCHIC
0 No difficulty.
1 Subjective tension and irritability.
2 Worrying about minor matters.
3 Apprehensive attitude apparent in face or speech.
4 Fears expressed without questioning.

11 ANXIETY SOMATIC (physiological concomitants of anxiety) such as:
gastro-intestinal – dry mouth, wind, indigestion, diarrhea, cramps, belching
cardio-vascular – palpitations, headaches
respiratory – hyperventilation, sighing
urinary frequency
sweating
0 Absent.
1 Mild.
2 Moderate.
3 Severe.
4 Incapacitating.

12 SOMATIC SYMPTOMS GASTRO-INTESTINAL
0 None.
1 Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen.
2 Difficulty eating without staff urging. Requests or requires laxatives or medication for bowels or medication for gastro-intestinal symptoms.

13 GENERAL SOMATIC SYMPTOMS
0 None.
1 Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headaches, muscle aches. Loss of energy and fatigability.
2 Any clear-cut symptom rates 2.

14 GENITAL SYMPTOMS (symptoms such as loss of libido, menstrual disturbances)
0 Absent.
1 Mild.
2 Severe.

15 HYPOCHONDRIASIS
0 Not present.
1 Self-absorption (bodily).
2 Preoccupation with health.
3 Frequent complaints, requests for help, etc.
4 Hypochondriacal delusions.

16 LOSS OF WEIGHT (RATE EITHER a OR b)
a) According to the patient: b) According to weekly measurements:
0 No weight loss. 0 Less than 1 lb weight loss in week.
1 Probable weight loss associated with present illness. 1 Greater than 1 lb weight loss in week.
2 Definite (according to patient) weight loss. 2 Greater than 2 lb weight loss in week.
3 Not assessed. 3 Not assessed.

17 INSIGHT
0 Acknowledges being depressed and ill.
1 Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
2 Denies being ill at all.

Total score:

Figura 7. Escala de depressão de Hamilton (HRSD). (HAMILTON, 1960)

É altamente aceitável para pacientes e profissionais de saúde, simples de pontuar e fácil de interpretar. (MITCHELL et al., 2010) A única ressalva ao TE é que ele apresenta melhor desempenho em relação à angústia, mas influencia pouco na ansiedade e depressão. (MITCHELL, 2007). Revisão sistemática recente publicada avaliou os instrumentos de rastreio de depressão em PCE. (GILL et al., 2017) Segundo resultados deste estudo, as ferramentas de triagem validadas mais comumente foram o NDDI-E (26 validações), BDI (12 validações), HADS (10 validações), TEs (5 validações), PHQ-9 (4 validações), PHQ-2 (2 validações) e a HRSD (4 validações). O MINI, assim como outros testes foram considerados padrão-ouro para validar os instrumentos de rastreio.

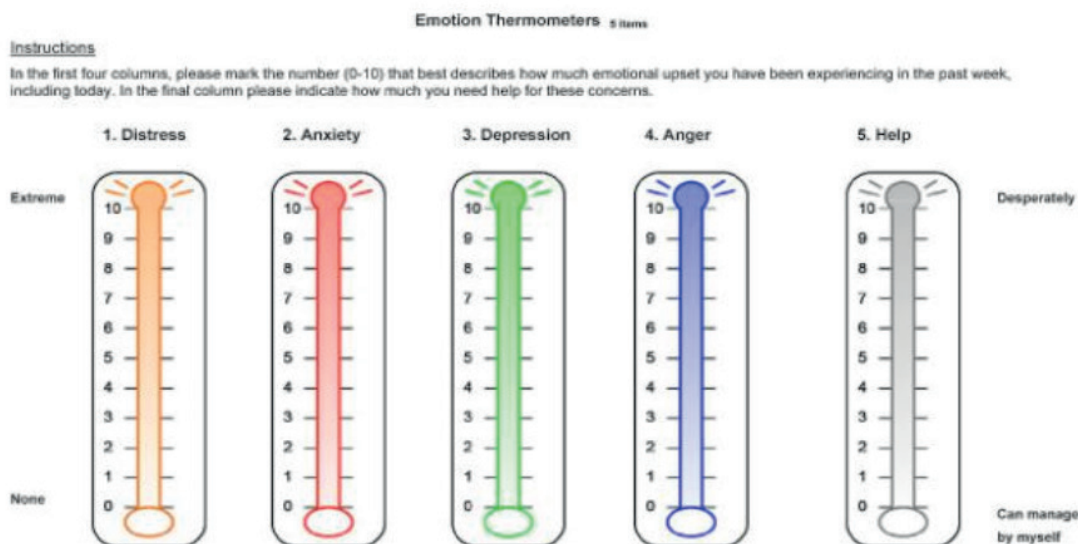


Figura 8. Termômetros Emocionais (TEs). (Mitchell, 2010)

6 | CONCLUSÃO

O NDDI-E é a única ferramenta específica para epilepsia sendo desenvolvido para rastrear rapidamente episódios de depressão em PCE na clínica neurológica, sendo o instrumento mais validado no momento. O QOLIE-31-P pode ser influenciado por diversos fatores como gravidade e frequência das crises, duração, tipo de epilepsia, grau de controle das crises, emprego, status profissional, comorbidades, efeitos adversos a drogas, comprometimento do NC, estado pós-ictal. Desta, forma talvez não seja a melhor escolha para rastreamento específico desta condição na prática clínica.

O PHQ-2, segundo evidências apontam, poderia aumentar o reconhecimento dos sintomas de depressão usando a escala ou um NDDI-E, sendo que os casos positivos devem ser seguidos com ferramentas de triagem de segunda linha mais específicas, como o PHQ-9. O BDI avalia a gravidade dos sintomas e atitudes relacionado à depressão podendo ser aplicado em 15 minutos. O HADS-D pode ter vantagens sobre outras escalas gerais de depressão, pois não incluem sintomas associados a efeitos colaterais dos antiepiléticos da própria epilepsia, entretanto possui alto custo e não está disponível gratuitamente, necessitando de licença para seu uso. O MINI não é considerado a melhor recurso para a prática clínica, na medida em que consome muito tempo e deve ser administrado por um profissional de saúde mental. O WHO-5 usa declarações positivas para medir o bem-estar mental de um indivíduo nas 2 semanas anteriores. Foi validado para detectar depressão em várias populações clínicas. Pode ser utilizado de forma sinérgica com o NDDI-E para rastreamento de depressão. O HRSD apresenta boa sensibilidade, especificidade aceitável e excelente valor preditivo negativo, porém apresenta valor preditivo

positivo muito baixo. Tal ferramenta poderia ser utilizada na presença de sintomas atípicos, além de investigar clusters específicos de sintomas depressivos em PCE. Os TEs são considerados aceitáveis para pacientes e profissionais de saúde, na medida em que são simples de pontuar e fáceis de interpretar com boa aplicabilidade, entretanto apresenta melhor desempenho para avaliar a angústia, influenciando pouco na depressão. Portanto, existem instrumentos válidos para o rastreio de depressão em PCE na prática da clínica neurológica, com o intuito de otimizar o tratamento da epilepsia, identificando precocemente os sintomas depressivos. Porém, existe a necessidade de mais estudos para avaliar a aplicabilidade prática de cada instrumento. Recomenda-se o uso seletivo e pontual das escalas de forma customizada de acordo com o caso específico.

REFERÊNCIAS

- BARRY, J. J. et al. Consensus statement: The evaluation and treatment of people with epilepsy and affective disorders. **Epilepsy & Behavior**, v. 13, p. S1–S29, jul. 2008.
- BECH, P. **Clinical Psychometrics: Bech/Clinical**. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012.
- BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. [Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in ambulatory epileptic patients.]. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285–289, 1998.
- BOYLAN, L. S. et al. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. **Neurology**, v. 62, n. 2, p. 258–261, 27 jan. 2004.
- CHRISTENSEN, J. et al. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case–control study. **The Lancet Neurology**, v. 6, n. 8, p. 693–698, ago. 2007.
- CRAMER, J. A. et al. Development and Cross-Cultural Translations of a 31-Item Quality of Life in Epilepsy Inventory. **Epilepsia**, v. 39, n. 1, p. 81–88, jan. 1998.
- FIEST, K. M.; PATTEN, S. B.; JETTÉ, N. Screening for Depression and Anxiety in Epilepsy. **Neurologic Clinics**, v. 34, n. 2, p. 351–361, maio 2016.
- GILL, S. J. et al. Depression screening tools in persons with epilepsy: A systematic review of validated tools. **Epilepsia**, v. 58, n. 5, p. 695–705, maio 2017.
- GILLIAM, F. G. et al. Depression in Epilepsy: Ignoring Clinical Expression of Neuronal Network Dysfunction? **Epilepsia**, v. 45, n. s2, p. 28–33, jun. 2004.
- GILLIAM, F. G. et al. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. **The Lancet Neurology**, v. 5, n. 5, p. 399–405, maio 2006.
- HAMILTON, M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 56–62, fev. 1960.
- HANSEN, C. P.; AMIRI, M. Combined detection of depression and anxiety in epilepsy patients using the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy and the World Health Organization well-being index. **Seizure**, v. 33, p. 41–45, dez. 2015.

- JONES, J. E. et al. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 4, p. 31–38, out. 2003.
- KANNER, A. M. Depression and Epilepsy: A Review of Multiple Facets of Their Close Relation. **Neurologic Clinics**, v. 27, n. 4, p. 865–880, 1 nov. 2009.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, set. 2001.
- KUBOTA, H.; AWAYA, Y. Assessment of health-related quality of life and influencing factors using QOLIE-31 in Japanese patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 18, n. 4, p. 381–387, ago. 2010.
- KWON, O.-Y.; PARK, S.-P. **Depression and Anxiety in People with Epilepsy**. Journal of clinical neurology. **Anais...**2014
- LAKKIS, N. A.; MAHMASSANI, D. M. Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. **Postgraduate Medicine**, v. 127, n. 1, p. 99–106, 2 jan. 2015.
- MARGROVE, K. et al. Depression screening for patients with epilepsy in a primary care setting using the Patient Health Questionnaire-2 and the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 21, n. 4, p. 387–390, ago. 2011.
- MITCHELL, A. J. Pooled Results From 38 Analyses of the Accuracy of Distress Thermometer and Other Ultra-Short Methods of Detecting Cancer-Related Mood Disorders. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 29, p. 4670–4681, 10 out. 2007.
- MITCHELL, A. J. et al. Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 2, p. 125–133, fev. 2010.
- MULA, M. The Interictal Dysphoric Disorder of Epilepsy: a Still Open Debate. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 13, n. 6, p. 355, jun. 2013.
- MULA, M. et al. Validation of the Hamilton Rating Scale for Depression in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 41, p. 122–125, dez. 2014.
- OLIVEIRA, G. N. M. DE et al. Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E): versão brasileira de um instrumento de rastreamento. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 17, n. 2, p. 49–53, 2011.
- PETTERSSON, A. et al. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 69, n. 7, p. 497–508, 3 out. 2015.
- SHEEHAN, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59 Suppl 20, p. 22- 33;quiz 34-57, 1998.
- TOPP, C. W. et al. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 84, n. 3, p. 167–176, 2015.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361–370, jun. 1983.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular encefálico 125, 126, 127, 132, 134, 137

Anti-NMDA 147, 148, 150, 151, 152

Autismo 78, 79, 80, 81

B

Biomarcadores 20, 21, 22

C

Capacidade funcional 35, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 75, 76, 87, 89, 120

Cavernous hemangioma 153, 154, 155, 156, 157, 158

Cervical 83, 133, 158

Coluna vertebral 83, 87, 110, 115, 116

Condições musculoesqueléticas dolorosas 91, 92, 97, 99

D

Demência 6, 7, 8, 9

Depressão 22, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 84, 92, 94, 95, 98, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 134

Doença de alzheimer 8, 20

Doença de parkinson 25

Doença neurodegenerativa 20, 21

Dor 41, 43, 44, 45, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 114, 115, 117, 123, 148

Dor ciática 86, 102, 103, 104, 105, 106, 107

Dor lombar 84, 89, 102, 103, 104, 107, 108, 110, 114, 115, 117

Dupla tarefa 25, 26, 27, 36, 37

E

Educação médica 1, 2, 4

Encefalite 147, 148, 150, 151

Enfermagem 6, 7, 8, 18, 42, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 136

Envelhecimento 6, 74, 75, 76, 77, 92, 103, 104, 126

Epilepsia 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 141, 142, 143, 144, 149, 152

Equipe de enfermagem 62, 69

Escala de depressão de Hamilton 49, 51, 56, 58

Esclerose lateral amiotrófica 38, 39, 46, 47

Esclerose múltipla 10, 12, 13, 15, 16, 18

Escoliose congênita 110, 112, 113, 114, 115, 117

Extreme delta brush 147, 148, 150, 152

F

Fisioterapia 25, 27, 36, 42, 43, 44, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 102, 115, 116, 125, 127, 128, 129, 136, 143, 164

G

Glomerulonefrite 119, 120, 121, 122, 124

H

Haemophilus influenzae 138, 139

Hemangioma 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160

Hemivértebra 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

Hérnia discal 82, 84, 88

Hipovitaminose 10, 12, 15, 16, 18

I

Idoso 7, 8, 9, 45, 74, 75, 76, 77, 92, 93, 94, 97, 98, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

Involução do desenvolvimento 141, 142, 143

L

Lipofuscinose ceróide neuronal 141, 142, 143, 144, 145

Lombar 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 117

Lombociatalgia 82, 88, 90

M

Meningite 138, 139, 140

Metodologia ativa 1, 3, 4

N

Neurogranina 20, 21, 22

Neurosurgery 60, 109, 117, 153, 158

N-metil-D-aspartato 147, 148

P

Processo de enfermagem 120, 121, 123, 124

Q

Qualidade de vida 18, 25, 31, 32, 38, 39, 40, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 62, 64, 66, 72, 75, 76, 84, 87, 89, 92, 115, 116, 120, 123, 125, 126, 127, 135, 145

Questionário de qualidade de vida na epilepsia 49, 51, 53

R

Reabilitação 25, 26, 27, 38, 40, 41, 44, 46, 66, 77, 79, 80, 82, 87, 88, 91, 102, 118, 119, 121, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137

Realidade virtual 125, 127, 130, 134, 135, 136, 137

S

Saúde mental 41, 43, 44, 45, 56, 59, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 97, 98

Sintomas depressivos 49, 51, 52, 53, 54, 60, 77, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

Substância negra 26

T

Transtorno do espectro autista 78

Transtornos depressivos neurológicos para epilepsia 49, 51, 52

V

Vitamina D 10, 16

