

Elaboração de um protocolo para o diagnóstico da depressão

Elaboración de un protocolo para el diagnóstico de la depresión

Creating a protocol for diagnosis of depression

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos¹

Fabio Biasotto Feitosa²

¹*Universidade Federal de Rondônia. Brasil.*

Fagneralfredo@hotmail.com

²*Universidade Federal de Rondônia. Brasil.*

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo elaborar um protocolo piloto para facilitar o diagnóstico da depressão fundamentado na CID-10. O percurso metodológico seguiu os passos da pesquisa participante e revisão de literatura. Como resultado, é apresentado o Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto e as atribuições positivas e negativas ao potencial de uso deste instrumento por uma equipe de saúde mental. Concluiu-se que foi possível construir um protocolo de diagnóstico por meio de pesquisa participante, o qual se mostrou viável e operativo na avaliação dos membros da equipe de saúde mental participantes da pesquisa, podendo ser utilizado em futuros estudos nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Psiquiatria, Enfermagem, Depressão.

Abstract: This study aimed to elaborate a pilot protocol to facilitate the diagnosis of depression based on ICD-10. The methodological trajectory followed the steps of participant research and literature review. As a result, the Depression Diagnosis Protocol in an Adult is presented as well as the positive and negative attributions to the using potential of this instrument by a Mental Health staff. It was concluded that it was possible to build a Diagnosis Protocol through participant research which proved to be feasible and operational in the assessment of the members of the mental health crew who participated in the research. As such, it can be used in future studies in the mental healthcare services.

Keywords: Health management, Psychiatry, Nursing, Depression.

Resumen: El presente trabajo tuvo como objetivo elaborar un protocolo piloto para facilitar el diagnóstico de la depresión fundamentado en la CID-10. El recorrido metodológico siguió los pasos de la investigación participante y revisión de literatura. Como resultado, se presenta el Protocolo de Diagnóstico de la Depresión en Adulto y las atribuciones positivas y negativas al potencial de uso de este instrumento por un equipo de salud mental. Se concluye que fue posible construir un protocolo de diagnóstico por medio de investigación participante, el cual se mostró viable y operativo en la evaluación de los miembros del equipo de salud mental participantes de la investigación, pudiendo ser utilizado en futuros estudios en los servicios de salud mental.

Palabras clave: Gestión de la salud, Psiquiatría, enfermería, Depresión.

Recibido: 07/07/2017

Aceptado: 10/10/2017

Introdução

Na saúde pública as ações dos profissionais de saúde mental são marcadas pela interdisciplinaridade e compartilhamento de funções, sem invadir as especificidades profissionais ⁽¹⁾. A padronização do

diagnóstico por meio de protocolos avaliativos pode facilitar a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no serviço de saúde mental. A Lei n.12.842/2013 conhecida popularmente como Ato-Médico não tornou privativo o diagnóstico clínico a medicina no Brasil⁽²⁾. Vale ressaltar que na mensagem de veto do executivo, ao inciso que tornava o diagnóstico clínico privativo, foi apontada como motivo: “O texto inviabiliza a manutenção de ações preconizadas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Da forma como foi redigido, o inciso I impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica. É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, a sanção do texto poderia comprometer as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria”⁽³⁾. Tal citação alude que no contexto interdisciplinar as ações em saúde precisam ser compartilhadas, sistematizadas e colaborativas. Permitido que o diagnóstico clínico seja compartilhado. Para tanto, é bem definido na prática da enfermagem o diagnóstico de doenças baseadas em protocolos e diretrizes terapêuticas. Em países desenvolvidos os enfermeiros da prática avançada em saúde mental (enfermeiros psiquiátricos) têm autonomia em conduzir o diagnóstico de transtorno mental sem necessidade de um protocolo previamente estabelecido⁽⁴⁾.

No caso da depressão, sabe-se que quanto mais rápido for o diagnóstico, melhores são as chances da resposta ao tratamento ser positiva e maior a probabilidade de cura. A utilização de um protocolo de diagnóstico da depressão deve favorecer a sua identificação por sistematizar o trabalho avaliativo de reconhecimento dos seus sintomas pelos profissionais da saúde⁽⁵⁾⁽⁷⁾. Assim, percebe-se a importância para a saúde pública brasileira em ter um protocolo de diagnóstico da depressão fundamentado em critérios internacionais que possa favorecer a identificação da depressão de maneira efetiva, por meio de um instrumento com características universais, isto é, que possa ser aceito e utilizado por diferentes profissionais da saúde⁽⁵⁾.

Dessa forma, o SUS pode ser beneficiado pela existência de protocolos para o diagnóstico da depressão, favorecendo, mediante treinamento, o trabalho de profissionais da saúde na sua identificação, com base em critérios bem definidos, possibilitando providenciar tratamento e encaminhamento ao serviço especializado mais adequado⁽⁸⁾. Além disso, a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 apresenta critérios bem definidos e amplamente aceitos por profissionais da saúde no Brasil para o diagnóstico da depressão⁽⁹⁾. Vale ressaltar que essa taxonomia não é privativa da medicina, mas uma literatura a ser consultada e utilizada por todo profissional de saúde mental.

A presente pesquisa teve como objetivo geral elaborar um protocolo piloto para facilitar o diagnóstico da depressão fundamentado na CID-10. O objetivo geral envolveu os seguintes objetivos específicos: (I) revisar a literatura para caracterizar a prevalência dos diferentes tipos de depressão apresentados no protocolo, (II) empreender uma análise piloto da viabilidade de uso do protocolo de diagnóstico da depressão por uma equipe de saúde mental.

Caminho metodológico

A presente pesquisa seguiu as diretrizes gerais da revisão não sistemática da literatura e as diretrizes básicas da pesquisa participante. A pesquisa participante tem o sentido de elaboração de possibilidades de ação que orientem transformações no corpo científico, podendo produzir ideias novas na saúde⁽¹⁰⁾. A pesquisa foi organizada no âmbito do Laboratório de Relações Interpessoais e Saúde da UNIR e realizada no ano de 2013, em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, denominado CAPS II Madeira Mamoré (CAPS II MM) do município de Porto Velho (Rondônia,

Brasil). A unidade de saúde oferece atendimento multidisciplinar e humanizado aos usuários com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. A equipe do CAPS II MM era composta durante o período da pesquisa por seis médicos, seis psicólogos, cinco enfermeiros, quatro assistentes sociais, três farmacêuticas, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional.

Participantes

- O pesquisador principal tem formação em Bacharelado em Enfermagem (enfermeiro) e especialização em Gestão de Pessoas, com experiência em elaboração de protocolos de saúde em instituição hospitalar. Cumpriu com a função de construir o protocolo pautado na revisão de literatura, nas sugestões dos profissionais de saúde e em sua experiência.
- O pesquisador secundário tem formação em psicologia e experiência em orientação de projetos de pesquisa no tema da depressão. Teve a responsabilidade de avaliar e reformular o material produzido seguindo diretrizes metodológicas da pesquisa participante.
- Profissionais da saúde que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS II MM, que desejaram participar da pesquisa, sendo 03 psicólogas, 01 enfermeiro e 01 assistente social; os quais contribuíram como juízes, avaliando e aprimorando o protocolo, elaborado mediante sugestões, críticas e novas ideias.

Procedimentos da coleta de dados: a coleta de dados somente iniciou após obtenção de parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia, registrado sob o número CAAE: 25883114.5.0000.5300 (aprovado no dia 17/4/2014), e ocorreu no mês de março a outubro de 2014. Na construção do protocolo foi usado como referencial teórico as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. O pesquisador principal analisou a CID-10 fazendo uma leitura flutuante e posteriormente minuciosa para entender as especificidades dos transtornos depressivos descritos na CID-10. Após essa leitura, foram fichados os pontos-chaves dos diferentes tipos de depressão, de forma a transformá-los em itens em um quadro que facilitasse o diagnóstico da depressão pelos profissionais da saúde. Recorrendo à literatura, inspirou-se nos seis passos descritos na elaboração de protocolos sugeridos pelo Grupo Hospitalar Conceição para organizar as informações dos fichamentos no formato padrão de um protocolo de saúde.

Atendendo ao primeiro passo, foi definido o título do protocolo de saúde: “Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos - PDPA”. No segundo passo, foram definidos: (A) a magnitude da depressão, que se refere à descrição da prevalência e incidência; (B) a transcendência da depressão, que se refere à sua gravidade caso não seja diagnosticada e tratada, ou seja, o risco de suicídio; e (C) a vulnerabilidade da depressão em relação ao tratamento foi um item desconsiderado pelo fato do instrumento objetivar apenas o diagnóstico da depressão. No terceiro passo, foi eleita apenas a CID-10 como referência para se padronizar os critérios de diagnóstico para depressão, por ser bastante abrangente e amplamente utilizada no Brasil. O quarto passo foi contemplado no terceiro, não sendo feito de maneira independente porque a CID-10 é um consenso de pesquisas já validadas. No quinto passo, o pesquisador organizou o protocolo em quadros por ser mais estético. No sexto passo, foi apenas citada a referência da CID-10.

O material assim produzido foi submetido uma única vez (em razão da disponibilidade de tempo) à avaliação dos profissionais de saúde participantes, cujas sugestões de adequação foram atendidas. O material foi deixado dentro de um envelope e entregue pessoalmente com orientações de que poderiam modificá-lo e para responder às perguntas que avaliavam a adequação do protocolo: “Você pensa que este protocolo de rastreamento rápido da depressão é operativo?”, “Você usaria este protocolo em seu serviço? Justifique.”, “Quais sugestões de melhoramento você adicionaria a este protocolo?”, “O que você gostou neste protocolo?”, “Quais dificuldades você encontraria na aplicação deste protocolo?”. Foi pedido para que o retorno fosse dado no prazo de duas semanas. O pesquisador secundário, por sua vez, avaliou e revisou o material produzido gradativamente conforme a incorporação das sugestões recebidas dos profissionais e de informações advindas das novas leituras e elaborações do pesquisador principal.

Resultados

Os resultados são apresentados em duas seções, sendo que a primeira caracteriza o protocolo de diagnóstico da depressão, e a segunda apresenta a viabilidade do protocolo na concepção de uma equipe de saúde mental.

Caracterização do protocolo elaborado

A CID-10 define clinicamente a depressão como a dificuldade para prosseguir com o trabalho e atividades sociais normais ⁽⁹⁾. A depressão é classificada por sua gravidade em leve, moderada e grave, limitando-se a três sintomas fundamentais (humor deprimido ou tristeza persistente, fatigabilidade aumentada ou perda de energia física ou mental, e perda de interesse e prazer) e oito sintomas acessórios (apetite diminuído, atividade diminuída, autoestima e autoconfiança reduzidas, concentração e atenção reduzidas, sentimentos de culpa e inutilidade, pensamentos de atos lesivos ou suicidas, sono perturbado, visões desoladas e pessimistas do futuro).

F32.0 depressão leve; F32.1 depressão moderada e F32.2 depressão grave

A depressão leve é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e mais dois sintomas acessórios. A depressão moderada é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e pelo menos três ou quatro sintomas acessórios. A depressão grave é caracterizada pela presença de três sintomas fundamentais da depressão, mais pelo menos quatro dos sintomas acessórios ⁽⁹⁾. Um estudo realizado na Alemanha identificou que entre a amostra de 96 indivíduos (média etária 41,4 anos), sendo 74,0% do sexo feminino, 17,7% possuíam segundo a CID-10 depressão leve, 25,0% depressão moderada e 2,1% depressão grave ⁽¹¹⁾.

F32.3 depressão grave com sintomas psicóticos

Na depressão grave com sintomas psicóticos se desenvolve delírios e alucinações. Para esse diagnóstico é necessária a presença do diagnóstico de depressão grave mais a presença de delírios, alucinações ou estupor depressivo. De acordo com um estudo realizado no Norte da Índia, em uma população de 561 indivíduos (média etária 36,2 anos), 31% de sua amostra tinha depressão grave com sintomas psicóticos ⁽¹²⁾.

F32.8 outros episódios depressivos

Depressão que não seja classificada como depressão leve, depressão moderada ou depressão grave ou depressão grave com sintomas psicóticos ⁽⁹⁾. Um estudo alemão com uma amostra de 117.220 mulheres da zona rural (64,5 anos) evidenciou que 80% delas possuíam o diagnóstico de “outros episódios depressivos” ⁽¹³⁾.

F32.9 depressão atípica

Depressão com dificuldade de ser especificada. Visto que o paciente pode apresentar sintomas diferentes e contrário ao característico da depressão. Achados de um estudo mostraram que 1% dos indivíduos tinha depressão atípica ⁽¹¹⁾.

F06.32 depressão secundária

A depressão secundária é caracterizada por uma alteração no humor ou afeto, ocasionada por alguma alteração orgânica cerebral ou físico ⁽⁹⁾. Para a literatura 25,7% de 66 indivíduos epiléticos (idade média 32,8 anos) tinham depressão secundária ⁽¹⁴⁾.

F31. 3 a F31. 6 depressão bipolar

A depressão bipolar é caracterizada por episódios depressivos que incidem em portadores do transtorno bipolar. Um estudo evidenciou que entre 290 indivíduos com depressão bipolar, houve prevalência em mulheres -51,7% - ⁽¹⁵⁾.

F53.0 depressão pós-parto

A depressão pós-parto provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, iniciando-se de maneira insidiosa, estendendo-se após o parto. A depressão pós-parto está presente em 15% das puérperas⁽¹⁶⁾.

F33.0 depressão recorrente leve

A depressão recorrente leve é caracterizada por diagnóstico anterior de depressão leve, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. Segundo um estudo, 4,2% da amostra teve o diagnóstico de depressão recorrente⁽¹¹⁾.

F33.1 depressão recorrente moderada

A depressão recorrente moderada é caracterizada pelo diagnóstico de depressão moderada, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. A depressão recorrente moderada, segundo estudo, esteve presente em 69,3% das mulheres de uma população de 1.346 casos de indivíduos com depressão recorrente moderada, selecionados no Reino Unido de 1.636 casos de indivíduos depressivos⁽¹⁷⁾.

F33.2 depressão recorrente grave

A depressão recorrente grave é caracterizada pelo diagnóstico anterior de F33.3 Depressão Grave, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor. Um estudo contribuiu ao apresentar que 31,4% dos participantes tinham algum diagnóstico de depressão recorrente, e 85,7% tinham outros tipos de depressão⁽¹³⁾.

F33.3 depressão recorrente grave com sintomas psicóticos

A depressão recorrente grave com sintomas psicóticos é caracterizada pelo diagnóstico de depressão grave, mais delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia). O paciente apresenta pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios, incluídos delírios e alucinações) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor⁽⁹⁾. Um estudo realizado na Croácia, com amostra de 150 mulheres (média etária 50,7 anos), identificou que 33,3% tinham o diagnóstico de depressão recorrente grave com sintomas psicóticos⁽¹⁸⁾.

F33.4 transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão é caracterizado pela presença de algum tipo de depressão recorrente leve ou depressão recorrente moderada ou depressão recorrente grave ou depressão recorrente grave com sintomas psicóticos no passado, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses⁽⁹⁾. Um estudo americano encontrou 30% de indivíduos com o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão, em população de 180 pacientes (média etária 48,5 anos)⁽¹⁹⁾.

F33.8 outros transtornos depressivos

Outros transtornos depressivos é um diagnóstico caracterizado pela presença de pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos que não sejam classificados como depressão recorrente leve ou depressão recorrente moderada ou depressão recorrente grave⁽⁹⁾.

F33.9 transtorno depressivo recorrente, atípico

Transtorno depressivo recorrente, atípico é caracterizado pela presença de pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. Em um estudo realizado na Austrália, foi encontrado em amostra de 5.585 participantes (com 70 a 90 anos) o diagnóstico da CID-10 F33.0 e F.33.9 em 8,7% dos participantes⁽²⁰⁾.

F34.0 ciclotimia

A prevalência da ciclotimia na população geral é de 4-6%. A ciclotimia é formalmente classificada como um transtorno de humor, com uma perturbação do humor flutuante, envolvendo numerosos

períodos de sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos, e geralmente iniciados na adolescência ou início da vida adulta⁽²¹⁾.

F34.1 distimia

A distimia é uma forma crônica de depressão caracterizada por humor deprimido na maioria dos dias do ano, com os sintomas que duram dois anos ou mais. A distimia afeta aproximadamente 3% da população adulta; e tem uma prevalência de cerca de 36% dos pacientes ambulatoriais⁽²²⁾.

F34.8 outros transtornos persistentes do humor (afetivos); F34.9 transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado

Outros transtornos persistentes do humor (afetivos) são episódios depressivos persistentes que não são suficientemente graves ou duradouros. Não preenchem os critérios para ciclotimia (F 34.0), distimia (F 34.1), depressão leve (F 32.0) e moderada (F 32.1), com sintomas clinicamente significativos. Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado são episódios depressivos persistentes por longos anos, que não se enquadram em ciclotimia (F 34.0), distimia (F 34.1) e outros transtornos persistentes do humor (F 34.8).

Um estudo de revisão de literatura com intuito de validar o diagnóstico da depressão da CID-10, percebeu nos 36 artigos identificados, a sensibilidade de 35,6% e especificidade de 99,4% na identificação do F34.8 Outros transtornos persistentes do humor (afetivos) e do F34.9 Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado⁽²³⁾.

F38.00 episódio afetivo misto; F38.10 transtorno depressivo breve recorrente; F38.8 outros transtornos especificados do humor; F39 transtorno do humor (afetivo), não especificado

Episódio afetivo misto é caracterizado como um episódio afetivo que dura pelo menos duas semanas, caracterizado tanto por uma mistura quanto por uma alternância rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas hipomaníacos, maníacos e depressivos⁽⁹⁾. Transtorno depressivo breve recorrente é caracterizado pela sua ocorrência aproximadamente uma vez por mês (ao contrário da distimia, o paciente não fica deprimido a maior parte do tempo), durante o último ano. Os episódios depressivos individuais têm todos menos de duas semanas de duração (2-3 dias, com recuperação completa).

Outros transtornos especificados do humor é uma classificação para os transtornos afetivos que não se classificam nos critérios para quaisquer outras categorias depressivas (seja residual do transtorno bipolar e os mencionados aqui nesta subseção)⁽⁹⁾.

Transtorno do humor (afetivo), não especificado deve ser usado apenas quando somente nenhum outro critério anterior (F38.00 episódio afetivo misto; F38.10 transtorno depressivo breve recorrente; F38.8 outros transtornos especificados do humor) é preenchido. O estudo valida os achados anteriores, ao demonstrar em uma amostra de 1.058 indivíduos depressivos que 3,1% deles tinham algum destes diagnósticos (F38.00 episódio afetivo misto; F38.10 transtorno depressivo breve recorrente; e F38.8 outros transtornos especificados do humor)⁽²⁴⁾.

A seguir, na Figura 1, é apresentado o formulário de registro do protocolo de diagnóstico da depressão elaborado no presente estudo.

Figura 1 : Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos - PDPA

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM ADULTOS – PDDA				
INSTRUÇÕES GERAIS: Seguir abaixo os formulários para obtenção da depressão fundamental na CID-10. Recomendação: não adicionar sintomas adicionais ou a excepção para outras subtipos de depressão. Use cada subtipos de depressão para registrar o diagnóstico da depressão. Se o paciente não se enquadra na depressão fundamental, registrar a depressão não-recorrente. Caso o paciente tenha sintomas adicionais, a partir de sua história de vida e sintomas atuais, registrar os sintomas adicionais na seção de sintomas adicionais. Se o paciente não se enquadra na depressão fundamental ou se o paciente tem sintomas adicionais, registrar a depressão não-recorrente. Caso o paciente tenha sintomas adicionais e não se enquadre na depressão fundamental ou na depressão não-recorrente, registrar a depressão fundamental ou a depressão não-recorrente, e registrar os sintomas adicionais na seção de sintomas adicionais. Se o paciente não se enquadra em nenhuma das opções, registrar a depressão não-especificada.				
PRIMEIRA PARTE				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">SINTOMAS FUNDAMENTAIS</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ↓ humor deprimido ou tristeza persistente. ↓ Fisiológico aumentado ou perda de energia física ou mental. ↓ Perda de interesse e prazer. </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Ansiedade. ↓ Atividade diminuída. ↓ Autobem-estar/autocuidado reduzido. ↓ Concentração e atenção reduzidas. ↓ Sentimentos de culpa e multilado. ↓ Pensamentos ativas leves ou suicidas. ↓ Sono perturbado. ↓ V预见 desilusões e pessimismo do futuro. </td> </tr> </table>		SINTOMAS FUNDAMENTAIS	<ul style="list-style-type: none"> ↓ humor deprimido ou tristeza persistente. ↓ Fisiológico aumentado ou perda de energia física ou mental. ↓ Perda de interesse e prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Ansiedade. ↓ Atividade diminuída. ↓ Autobem-estar/autocuidado reduzido. ↓ Concentração e atenção reduzidas. ↓ Sentimentos de culpa e multilado. ↓ Pensamentos ativas leves ou suicidas. ↓ Sono perturbado. ↓ V预见 desilusões e pessimismo do futuro.
SINTOMAS FUNDAMENTAIS	<ul style="list-style-type: none"> ↓ humor deprimido ou tristeza persistente. ↓ Fisiológico aumentado ou perda de energia física ou mental. ↓ Perda de interesse e prazer. 			
	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Ansiedade. ↓ Atividade diminuída. ↓ Autobem-estar/autocuidado reduzido. ↓ Concentração e atenção reduzidas. ↓ Sentimentos de culpa e multilado. ↓ Pensamentos ativas leves ou suicidas. ↓ Sono perturbado. ↓ V预见 desilusões e pessimismo do futuro. 			
SEGUNDA PARTE				
TESTE DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO FUNDAMENTAL NA CID-10 – NÃO RECURRENTE				
INSTRUÇÕES: Use sempre os mesmos critérios para obter a depressão fundamental na CID-10. Se o paciente não se enquadra na depressão fundamental, registrar a depressão não-recorrente. Caso o paciente tenha sintomas adicionais, registrar a depressão não-recorrente com sintomas adicionais.				
DIAGNÓSTICO	<p><input type="checkbox"/> F32.0 DEPRESSÃO LEVE</p> <p><input type="checkbox"/> F32.1 DEPRESSÃO MODERADA</p> <p><input type="checkbox"/> F32.2 DEPRESSÃO GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> F32.3 DEPRESSÃO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> F32.8 OUTROS EPISÓDIOS DEPRESSIVOS</p> <p><input type="checkbox"/> F32.9 DEPRESSÃO ATÍPICA</p> <p><input type="checkbox"/> F36.0 DEPRESSÃO SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> F37.1 F37.2 DEPRESSÃO BIPOLAR</p> <p><input type="checkbox"/> F38.0 DEPRESSÃO PÓS-PARTO</p>	<p>Dos sintomas fundamentais + dos sintomas adicionais. O paciente apresenta-se angustiado pelos sintomas e tem dificuldade em realizar as atividades do dia-a-dia e trabalhar, mas não para suas funções completamente.</p> <p>Dos sintomas fundamentais + 3 ou 4 sintomas adicionais. O paciente tem dificuldade em trabalhar, realizar atividades domésticas e sociais.</p> <p>Todos os sintomas fundamentais + todos os sintomas adicionais. O paciente apresenta agitação ou retardado motor, e talvez não consiga, ou seja, incapaz de responder a entrevista clínica. O paciente é incapaz de confirmar suas atividades laborativas, sociais e domésticas.</p> <p>Diagnóstico de depressão grave + delírios, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia catatônica [F2.8]) (ou esquizofrenia catatônica [F2.2]) ou presença de sintoma de esquizofrenia (delírios, alucinações etc) e diminuição marcante da realidade do meio ambiente, mal-estar, exaltação, postura inadequada, negativismo, rigidez e flexibilidade rígida e estupor dissociativo [F44.2], humor dissociativo [F44.2] (uma diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários e de responsividade normal a estímulos externos, tais e movimentos espontâneos estão proficamente ausentes) e formas orgânicas do estupor). O paciente apresenta delírios alucinatórios ou peccado, potência ou desejos. Há presença de alucinações auditivas (vozes afirmativas ou accusatórias) ou ofensivas (apreendendo).</p> <p>Episódios depressivos que não sejam classificados como depressão leve, moderada ou grave. O paciente apresenta sintomas depressivos com sintomas não diagnosticados, como preocupação e angústia ou sintomas depressivos súbitos não decorrentes de causas orgânicas.</p> <p>Sintomas marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém realidade de humor a situações agradáveis.</p> <p>Sintomas depressivos decorrentes de causas orgânicas que são demonstrados por meio de exames, exame físico e laboratorial (insuficiência cardíaca, renal, diabetes mellitus, dislipidemias etc). O sintoma-depressivo não pode representar uma resposta emocional ao conhecimento do paciente.</p> <p>Estado deprimido (rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade) decorrente de uma fase do F31 transtorno bipolar [F31 transtorno bipolar: episódios do humor repetidos e alternados que duram de duas semanas a 4-6 meses]. A depressão tende a durar aproximadamente 6 meses a 1 ano.</p> <p>Episódios depressivos associados ao parto [6 semanas após o parto].</p>		
	TESTE DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO RECURRENTE FUNDAMENTAL NA CID-10			
	INSTRUÇÕES: Use sempre os mesmos critérios para obter a depressão fundamental na CID-10. Se o paciente não se enquadra na depressão fundamental, registrar a depressão recorrente. Caso o paciente tenha sintomas adicionais, registrar a depressão recorrente com sintomas adicionais.			
	<p><input type="checkbox"/> F30.0 DEPRESSÃO RECURRENTE LEVE</p> <p><input type="checkbox"/> F30.1 DEPRESSÃO RECURRENTE MODERADA</p> <p><input type="checkbox"/> F30.2 DEPRESSÃO RECURRENTE GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> F30.3 DEPRESSÃO RECURRENTE GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> F30.4 TRANSTORNO DEPRESSIVO RECURRENTE, ATUALMENTE EM REMISSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> F30.8 OUTROS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS</p> <p><input type="checkbox"/> F30.9 TRANSTORNO DEPRESSIVO RECURRENTE, ATÍPICO</p>	<p>Depressão leve + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar transtorno de humor [F30] (ver parte IV).</p> <p>Depressão moderada + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar transtorno de humor [F30] (ver parte IV).</p> <p>Depressão grave + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor; descartar transtorno recorrente de humor [F30] (ver parte IV).</p> <p>Diagnóstico de depressão grave + delírios, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia). O paciente apresenta pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor.</p> <p>Depressão recorrente no passado + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar transtorno de humor [F30] (ver parte IV).</p> <p>Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos que não sejam classificados como depressão recorrente leve, moderada ou grave.</p> <p>Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou adicionais); de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, sintomas depressivos recentes marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém realidade de humor a situações agradáveis.</p>		
	TERCEIRA PARTE			
	TRANSTORNOS PERSISTENTES DO HUMOR (AFETIVO)			
	INSTRUÇÕES: Use sempre os mesmos critérios para obter o transtorno persistente do humor.			
DIAGNÓSTICO	<p><input type="checkbox"/> F34.0 CICLOTIMIA</p> <p><input type="checkbox"/> F34.1 DISTIMA</p> <p><input type="checkbox"/> F34.2 OUTROS TRANSTORNOS PERSISTENTES DO HUMOR (AFETIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> F34.8 TRANSTORNO PERSISTENTE DO HUMOR (AFETIVO), NÃO ESPECIFICADO</p>	<p>Instabilidade persistente de humor com numerosas episódios de depressão e euforia leves, frequentemente se descrevendo no inicio da vida adulta e segue o curso clínico. É comum em pacientes que sofrem de bipolar. Descartar o diagnóstico de transtorno bipolar [F30] transtorno depressivo recorrente [F30] e episódio maníaco [F30] (episódio maníaco [F30] que é humor elevado e um aumento na velocidade e quantidade da atividade física e mental) ou depressão [F30].</p> <p>Depressão crônica do humor multi-duradora, não preenche os critérios para transtorno depressivo recorrente de gravidade leve ou moderada [F30.0 ou F30.1]. A idade de inicio frequentemente é no final da adolescência ou na terceira década de vida, durando por vários anos. Os pacientes relatam que alguns dias estão bem, mas na maior parte do tempo (meses) sentem deprimidos e cansados, sono prejudicado e abnegação descrevida.</p> <p>Episódios depressivos persistentes que não são suficientemente graves ou duradoura. Não preenchem os critérios para ciclotimia [F34.0], distima [F34.1], depressão leve [F32.0] e moderada [F32.1], com sintomas clínicamente significativos.</p> <p>Episódios depressivos persistentes por longos anos, que não se enquadram em ciclotimia [F34.0], distima [F34.1] e outros transtornos persistentes do humor [F34.8].</p>		
	QUARTA PARTE			
	F30 OUTROS TRANSTORNOS DO HUMOR			
	INSTRUÇÕES: Como alternativa de resultado de humor do paciente por 10 anos, é possível utilizar episódios depressivos com duração de menos de uma semana, uma vez a cada duas a três anos, ou seja, um episódio de humor com outros transtornos de humor. Isto não é suficiente para obter o transtorno do humor atípico, não especificado.			
	<p><input type="checkbox"/> F30.0 EPISÓDIO AFETIVO ISÔTICO</p> <p><input type="checkbox"/> F30.10 TRANSTORNO DEPRESSIVO BRIEVE RECURRENTE</p> <p><input type="checkbox"/> F30.8 OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DO HUMOR</p> <p><input type="checkbox"/> F30.9 TRANSTORNO DO HUMOR (AFETIVO), NÃO ESPECIFICADO</p>	<p>Um episódio atípico durando pelo menos duas semanas, caracterizado tanto por uma melhora quanto por uma alteração rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas: hipomania, mania e depressão.</p> <p>Episódios depressivos breves, recorrentes ocorrendo aproximadamente uma vez por mês (ao contrário da distima o paciente não fica deprimido a maior parte do tempo), durante o último ano. Os episódios depressivos individuais têm todas menos de suas semanas de duração (20 dias, com recuperação completa), preenchem os critérios para depressão leve [F32.0], moderada [F32.1] e grave [F32.2].</p> <p>Essa é uma classificação para os transtornos atípicos que não se classificam nos critérios para qualquer outra categoria depressão [F30 e F32].</p> <p>Quando nenhum critério anterior dos F30 é preenchido.</p>		
DIAGNÓSTICO				
CID-10 F				

Viabilidade do uso do protocolo pela equipe de saúde mental

O Quadro 1 apresenta as respostas da equipe de saúde mental referente à utilização do protocolo de diagnóstico para depressão no serviço de saúde mental. Foi possível perceber pela análise do

conteúdo das respostas dos participantes, que o “Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos - PDDA” se mostrou adequado e viável para ser utilizado no serviço de saúde mental. A sua operatividade e viabilidade foram confirmadas em 16 afirmações nas respostas. Apenas em seis afirmações nas respostas os profissionais da saúde indicaram alguma desvantagem na utilização do PDDA. Portanto, o protocolo em questão tem o potencial de atender às expectativas do serviço de saúde por ter sido considerado operativo e viável por uma equipe de saúde mental.

Quadro 1: Atribuições positivas e negativas ao potencial de uso do protocolo de diagnóstico

	Atribuições Positivas	Atribuições Negativas
	Sim, operativo (16)	Não operativo (6)
OPERATIVIDADE	<p>“Pode se chegar ao diagnóstico mais rápido e preciso” (enf.).</p> <p>“Organizado e coerente” (psi. 1).</p> <p>“Verificar e identificar a CID-10” (psi. 2).</p> <p>“Detalhamento na classificação de cada transtorno depressivo” (psi.3).</p>	<p>“Utilizar palavras-chaves” (psi. 1).</p> <p>“Submeter o protocolo a apreciação da classe médica e psiquiátrica, a quem compete diagnosticar os pacientes” (psi.3).</p>
USARIA EM SERVIÇO	<p>“Fácil de ser aplicado” (enf.).</p> <p>“Apoio ao diagnóstico da depressão” (psi. 1).</p> <p>“É simples e prático, facilitando o serviço de saúde mental” (psi. 2).</p> <p>“Facilita a compreensão do significado de cada código da CID-10, contribuindo em caso de dúvidas” (psi.3).</p>	
SUGESTÕES	<p>“Acrecentaria o histórico atual da doença” (enf.).</p> <p>“Na visão do serviço social pelo o que conheço na prática, o protocolo está bom” (assist.).</p>	<p>“Melhorar o <i>layout</i> do protocolo de diagnóstico da depressão” (psi. 1).</p> <p>“Fazer um protocolo mais resumido para profissionais que tem a prática” (psi. 1).</p>
PONTO FORTE	<p>“A facilidade de diagnosticar a depressão” (enf.).</p> <p>“Facilitaria os atendimentos individuais ou em grupo” (psi. 2).</p> <p>“É um bom roteiro de entrevista” (assist.).</p>	
DIFICULDADE	<p>“Nenhuma” (psi. 2).</p> <p>“Não teria. A CID-10 nos oferece condição de informar aos serviços (INSS, etc), se o paciente tem direito a benefícios sociais” (assistente-social).</p> <p>“Creio que as dificuldades estão relacionadas com conhecimento de psicopatologia, e não em relação ao protocolo” (psi.3).</p>	<p>“Falta de tempo” (Enf.).</p> <p>“Este protocolo deve informar com mais clareza para enfermagem e psicologia” (assist.).</p>
Legenda	Assist.: assistente-social; Enf.: enfermeiro; Psi.: psicólogo.	

Elaboração própria (2017)

Discussão

Os protocolos são viáveis para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados como critérios técnicos, científicos e políticos ⁽²⁵⁾. Eles proporcionam eficiência na assistência à saúde e aumenta a acessibilidade ao serviço de saúde. Os protocolos também são desejáveis por estabelecer condutas e procedimentos que aperfeiçoam o processo de trabalho, beneficiando a gestão, profissionais e usuários. Os protocolos em saúde oferecem cuidados de saúde eficazes e de

qualidade, uma vez baseados em evidências científicas⁽²⁶⁾. Podem guiar o diagnóstico sistematizado de variadas doenças, incluindo os transtornos mentais.

O diagnóstico da depressão deve ser feito na primeira fase do PTS e pode ser facilitado pela utilização de um protocolo, como o proposto na presente pesquisa⁽²⁷⁾. Um protocolo para o diagnóstico da depressão pode ser viável na saúde mental e atender aos princípios doutrinários do SUS, especialmente o de universalidade de acesso ao serviço de saúde⁽²⁸⁾. Protocolos padronizam e organizam o atendimento em saúde e normatizam procedimentos⁽²⁹⁾. Nessa direção, por meio da pesquisa participante, foi elaborado em uma equipe interdisciplinar de saúde mental um protocolo piloto para o diagnóstico da depressão.

O protocolo apresentado pelo presente estudo configura um processo de diagnóstico mais democrático, uma vez que em tese qualquer profissional da saúde, com o devido treinamento, poderá utilizá-lo. O mesmo não se dá com a CID-10 em sua versão original para o diagnóstico da depressão, que é de difícil manejo. Os testes psicológicos para o diagnóstico da depressão, por sua vez, além de não contemplarem as amplas especificidades de diagnóstico da CID-10, têm no Brasil a sua venda restrita a psicólogos. Dessa forma, o PDDA pode oferecer uma importante vantagem para o diagnóstico rápido da depressão conduzido por qualquer profissional de uma equipe interdisciplinar de saúde mental, após treinamento para uso. O acesso do paciente do SUS ao diagnóstico se torna, portanto, universal e, pela sua agilidade, mais humanizado.

A maioria dos conteúdos das respostas dos profissionais da saúde que participaram como juízes na presente pesquisa reforçou a ideia de que o protocolo proposto é viável, operativo e sistematizado para o diagnóstico da depressão, sendo um subsídio para fomentar mais pesquisas no sentido de facilitar o trabalho diagnóstico em saúde mental. A pesquisa participante foi uma forma viável para a construção do PDDA, devido à flexibilidade inerente ao método, não suprimindo o processo criativo dos pesquisadores e permitindo a interação com os profissionais que vivenciam as dificuldades e contribuíram com a prática diária no diagnóstico da depressão.

O *layout* do protocolo foi melhorado submetendo-o a um profissional de informática que utilizou o *Corel Draw* para fazer o protótipo proposto neste artigo. A proposta de resumir o protocolo não foi considerada porque na visão dos pesquisadores isso poderia prejudicar a facilidade em diagnosticar.

Limitações do estudo

A presente pesquisa apresenta limitações metodológicas que precisam ser consideradas. Limitou-se a elaborar um protocolo piloto para o diagnóstico da depressão, fundamentado em evidências científicas reunidas na CID-10. Entretanto, é necessário enfatizar a exigência de futuras pesquisas que validem a sensibilidade deste instrumento na especificidade dos diagnósticos dos transtornos depressivos. Dentre as dificuldades operacionais, encontradas na realização da pesquisa, vale mencionar as crenças distorcidas em relação aos protocolos de saúde, visto que alguns profissionais acreditavam que eles poderiam prejudicar o serviço de saúde mental por padronizá-lo em excesso. Outra dificuldade foi que muito profissionais de saúde relataram não ser da competência deles participar do processo diagnóstico, delegando a função apenas ao médico. Portanto, nesse contexto da pesquisa, não foi possível mobilizar um número maior de categorias profissionais envolvidas na elaboração do protocolo de diagnóstico. Os profissionais que aceitaram participar, por sua vez, relataram não dispor de tempo para uma contribuição ainda maior.

Vale destacar que, pela legislação brasileira vigente, é permitido aos profissionais não médicos realizar diagnósticos clínicos quando amparados por protocolos do SUS, o que implica o trabalho em equipe interdisciplinar e a elaboração do PTS no compartilhamento das ações em serviço mental⁽²⁾⁽²⁷⁾. Futuras pesquisas, focando a implementação do uso de protocolos para diagnóstico, incluindo o PDDA, deveriam investir mais tempo nas discussões sobre o papel dos profissionais da saúde na

condução de um PTS, bem como a importância do uso de protocolos de diagnóstico, considerando as dificuldades operacionais enfrentadas na realização da presente pesquisa.

Considerações finais

Conclui-se que foi possível construir um protocolo de diagnóstico por meio de pesquisa participante, o qual se mostrou viável e operativo na avaliação dos membros da equipe de saúde mental participantes da pesquisa, podendo ser utilizado em futuros estudos nos serviços de saúde mental, para sua ampla validação.

Agradecimentos

Aos membros da equipe de saúde mental que participaram desta pesquisa e CAPES.

Referências bibliográficas

- 1- Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto contexto - enferm.* 2015; 24(1): 112-120.
- 2- Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm>
- 3- Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013, referente a Lei n. 12.842 /2013. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm>
- 4- Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev. Latino-Am - Enfermagem.* 2017;25: e2826.
- 5- CAMPOS, FAAC. A Elaboração do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adultos (PDDA): Uma experiência no CAPS II. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Rondônia , Porto Velho, RO, 2015.
- 6- Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR, SDJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016; 50(2): 324-334.
- 7- Hisatugo CLC, YL. An exploratory study in patients with depression by the Rorschach Comprehensive System. *Aval. psicol.* 2014; 13(2):157-166.
- 8- Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasí E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. Clín.* 2012; 39(6):194-197.
- 9- OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1998.
- 10- Moraes RCP de et al. Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro. 2017; 15(1):205-222.
- 11- Attacker M, Heyduck K, Meffert C. Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *Journal of Health Psychology.* 2013; 18(139):139-152.
- 12- Bharadwaj, V. et al. Clinical profile and outcome of bipolar disorder patients receiving electroconvulsive therapy: A study from north India. *Indian J. Psychiatry.* 2012; 54(1): 41-47.

- 13- Kleine-budde, K. et al. The cost of depression - A cost analysis from a large database. *J. Affect Disord.* 2013; 147(1):137-143.
- 14- Kalinin VV, Polyanskiy DA. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy. *Seizure.* 2009; 18(3):1-4.
- 15- Undurraga J et al. Bipolar depression: Clinical correlates of receiving antidepressants. *J Affect Disord.* 2012; 139(1):89-93.
- 16- Menezes F L et al. Frequênci da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. *Enferm. Glob.* 2012; 11(27): 408-418.
- 17- Lewis CM et al. Genome-Wide Association Study of Major Recurrent Depression in the U.K. Population. *Am. J. Psychiatry.* 2010; 167(8):1-8.
- 18- Čulav-sumić J, Jukić V. Minor physical anomalies in women with recurrent unipolar depression. *Psychiatry Res.* 2010; 30(1):1-10.
- 19- Weck F et al. The Relationship Between Therapist Competence and Homework Compliance in Maintenance Cognitive Therapy for Recurrent Depression: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Behavior Therapy.* 2013; 44(1):162-172.
- 20- Almeida OP et al. Complaints of difficulty to fall asleep increase the risk of depression in later life: The health in men study. *J. Affect Disord.* 2011; 134(1-3):208-216.
- 21- AKISKAL HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J. Affect Disord.* 2001; 62(1-2):17-31.
- 22- Sang W et. al. A comparison of the clinical characteristics of Chinese patients with recurrent major depressive disorder with and without dysthymia. *J. Affect Disord.* 2011; 135(1-3):106-10.
- 23- Fiest KM et al. Systematic review and assessment of validated case definitions for depression in administrative data. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(289):1-8.
- 24- Prukkanone B et al. Adherence to antidepressant therapy for major depressive patients in a psychiatric hospital in Thailand. *BMC Psychiatry.* 2010; 10(64): 1-5.
- 25- Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Universidade Federal de Minas Gerais. NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina - UFMG). Belo Horizonte: CoopMed. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.
- 26- Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm.* 2011; 45(5):1-8.
- 27- Pinto DM et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(3):1-8.
- 28- BRASIL. Lei n. 8.080, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2013.
- 29- Almeida RA et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Ciência & Saúde.* 2012; 5(2):1-7.